

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum Datum TTMMJJJJ Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.

Meine persönlichen Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Titel, Name		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsname		Geburtsort	Geburtsland
<input type="text"/>	<input type="text"/> TTMMJJJJ	<input type="text"/>	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Straße			Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PLZ	Ort		
<input type="text"/>			
Telefon			
<input type="text"/>			
E-Mail			
<input type="text"/>			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft			

Angaben zu meinem Versicherungsverhältnis

<input type="checkbox"/> ich bin beschäftigt	<input type="checkbox"/> ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> mein monatliches Bruttoentgelt beträgt bis zu 556,- Euro (Minijob)
<input type="checkbox"/> ich bin in Ausbildung	<input type="checkbox"/> ich studiere	<input type="checkbox"/> ich bin selbstständig
<input type="checkbox"/> ich beziehe Rente	<input type="checkbox"/> ich beziehe Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> ich beziehe Bürgergeld
<input type="checkbox"/> mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (jährlich 73.800 Euro – Stand 2025)		
<input type="text"/>		
Name des Arbeitgebers		
<input type="text"/>		
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>		
PLZ	Ort	beschäftigt seit TTMMJJJJ

Ich war zuletzt versichert

Name der Krankenkasse/Krankenversicherung von TTMMJJJJ bis TTMMJJJJ

pflicht-versichert
 privat
 freiwillig
 nicht gesetzl. versichert
 familienversichert
 Zuzug aus dem Ausland

Es sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.

Grund für den Kassenwechsel

Mein Versicherungsstatus ändert sich. (z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.)
 Mein Versicherungsstatus ist unverändert. (Bitte informieren Sie meine Vorkasse über meinen Kündigungswunsch.)

Meine Unterschrift

Datenschutzrechtliche und werberechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die VIACTIV Krankenkasse meine angegebenen personenbezogenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich sowohl über die Vorteile einer Mitgliedschaft als auch zum Zwecke der Werbung und/oder Marktforschung schriftlich, telefonisch oder per E-Mail zu informieren und zu beraten.

X

Datum und Unterschrift

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter www.viactiv.de/datenschutz.

Nur für interne Zwecke

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertriebspartner-/Vermittler-Nr.	MA – 8i-Kennung	Referenz GP Nr.	Adr.-Quelle-Spez.

