VIACTIV Krankenkasse

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum _____ **Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.**
Datum TTMMJJJJ

Meine persönlichen Daten

Titel, Name | Vorname

Geburtsname | Geburtsort | Geburtsland

Geburtsdatum TTMMJJJJ | Staatsangehörigkeit | ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon

E-Mail

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Lebenspartnerschaft

Angaben zu meinem Versicherungsverhältnis

☐ ich bin beschäftigt
☐ ich bin in Ausbildung
☐ ich beziehe Rente
☐ ich bin freiwillig versichert
☐ ich studiere
☐ ich beziehe Arbeitslosengeld
☐ ich beziehe Bürgergeld
☐ mein monatliches Bruttoentgelt beträgt bis zu 556,– Euro (Minijob)
☐ ich bin selbstständig
☐ mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (jährlich 73.800 Euro – Stand 2025)

Name des Arbeitgebers

Straße | Hausnummer

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.

✗

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

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. | MA – 8i-Kennung: 8 I 0 1 8 5 9 | Referenz GP Nr. | Adr.-Quelle-Spez.: 7 3

Art. 0010040000 (11/24)
MTGSTD