

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.
Datum TTMMJJJJ

Meine persönlichen Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Titel, Name		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsname		Geburtsort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum TTMMJJJJ		Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<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"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-Mail		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<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 538,- 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 69.300 Euro – Stand 2024)
<input type="text"/>		
Name des Arbeitgebers		
<input type="text"/>		
Straße		
<input type="text"/>		
Hausnummer		
<input type="text"/>		
PLZ		
<input type="text"/>		
Ort		
<input type="text"/>		
beschäftigt seit TTMMJJJJ		

Ich war zuletzt versichert

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung		von		TTMMJJJJ		bis		TTMMJJJJ	
<input type="checkbox"/> pflicht-versichert	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland				
<input type="checkbox"/> Es sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.									

Grund für den Kassenwechsel

<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsstatus ändert sich. (z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.)	<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsstatus ist unverändert. (Bitte informieren Sie meine Vorkasse über meinen Kündigungswunsch.)
--	--

Meine Unterschrift

Datenschutzrechtliche und werberechtliche Einwilligungserklärung

<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Bitte beachten Sie, dass die Abgabe Ihrer Willenserklärung zur einer kostenpflichtigen / beitragspflichtigen Mitgliedschaft führt.

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.	

