

## **AUSKUNFT ÜBER DIE ANZAHL IHRER KINDER UNTER 25 JAHREN**

/orname:	Name:			
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	PLZ, Ort:  Krankenversicherungsnummer:		
Geburtsdatum:	Krankenver:			
<b>Hinweise zum Ausfüllen:</b> Wir benötigen nur Angaben zu den Kindern unter 2 Kinder ein. Die Minderung der Beiträge zur Pflegev Nachweise über Ihre Elterneigenschaft (Geburtsurk	ersicherung gilt auch, wenn Kinde	er vor dem 25. Geburtstag v		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	aktuell versichert bei (freiwillige Angabe)	
		☐ leibliches Kind☐ Stiefkind☐ Adoptivkind☐ Pflegekind☐		
		leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind		
		leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind		
		leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind		
		leibliches Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind		
Damit wir Sie bei Rückfragen zu Ihren Angaben be: nummer mit. Vielen Dank!	stmöglich erreichen, teilen Sie un:	s gerne (freiwillig) Ihre E-M	ail-Adresse und/oder Telefon-	
Telefonnummer:	E-Mail-Adre	esse:		
Datum: Unterschrift:				

## Datenschutzhinweise:

Die VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren "Informationen zum Datenschutz", die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu — einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.