

Herrn
Kamil Jan Dulik
Charlottenstr. 32
40210 Düsseldorf

**Geschäftsbereich
Versicherungen / Beiträge**

sz@viactiv.de
Fon: 0234 479-29999
Fax: 0234 479-1998

VIActiv Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

viactiv.de/kontakt

Unser Zeichen: W921952556

16.09.2026

Öffentliche Zustellung

Bescheid vom 06.08.2026 – Aktenzeichen: W921952556

Herr Kamil Jan Dulik, Charlottenstr. 32, 40210 Düsseldorf
Versichertennummer: W921952556

Der Bescheid vom 06.08.2026 konnte/kann nicht zugestellt werden, da der derzeitige Aufenthaltsort (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt) der im Betreff genannten Person unbekannt ist. Ermittlungen über den Aufenthaltsort sind ergebnislos geblieben.

Deshalb wird der Bescheid durch öffentliche Bekanntmachung zugestellt. Hierdurch werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste entstehen können. Gemäß der §§ 1, 10 des Verwaltungszustellungsgesetzes (VwZG) gilt der Bescheid nach Ablauf von zwei Wochen – gerechnet vom auf die Bekanntmachung/Veröffentlichung folgenden Tag – als zugestellt.

Der Bescheid kann innerhalb von zwei Wochen nach dem Tag des Aushangs gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter bei der VIActiv Krankenkasse, Service-Center Lübeck, abgeholt werden.

Wird der Bescheid innerhalb dieser zweiwöchigen Frist abgeholt, gilt der Tag der tatsächlichen Entgegennahme als Zustelldatum.

Lübeck, den 16.09.2026

Zum Aushang gebracht am

Vom Aushang entfernt am

Im Auftrag

Im Auftrag



VIActiv Service-App für unsere Versicherten
Jetzt herunterladen: viactiv.de/service-app
Kostenlose Servicenummer
0800 222 12 11

Bankverbindung: HypoVereinsbank, BIC: HYVEDEMM451
IBAN: DE78 7932 0075 0001 7039 35
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000780865
Institutionskennzeichen: 10 4526 376 YDPROCDCD9

Herrn
Kamil Jan Dulik
Charlottenstr. 32
40210 Düsseldorf

**Geschäftsbereich
Versicherungen / Beiträge**

sz@viactiv.de
Fon: 0234 479-29999
Fax: 0234 479-1998

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

viactiv.de/kontakt

Unser Zeichen: W921952556

06.08.2026

Ihre Mitgliedschaft bei der VIACTIV Krankenkasse

Sehr geehrter Herr Dulik,

wir führen Ihren Versicherungsschutz ab dem 27.11.2024 als freiwillige Mitgliedschaft fort.

Uns liegt eine Krankenhausleistung vor, allerdings wurde Ihre letzte Versicherung bei uns bereits abgemeldet. Wir konnten Sie telefonisch leider nicht erreichen, um die Weiterversicherung mit Ihnen abzustimmen. Aus diesem Grund müssen wir Ihren Versicherungsschutz als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzen.

Sollten Sie sich innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt dieses Schreibens gegen eine freiwillige Mitgliedschaft aussprechen, benötigen wir einen Nachweis über einen anderweitigen Versicherungsschutz.

Haben Sie den Arbeitgeber gewechselt oder Leistungen bei der Bundesagentur für Arbeit beantragt? Dann senden Sie uns bitte den beiliegenden Fragebogen (Angaben zum Versicherungsschutz) ausgefüllt zurück. Vielen Dank!

Die Beitragshöhe richtet sich grundsätzlich nach Ihren Einkünften. Damit wir Ihren individuellen Beitrag berechnen können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Senden Sie uns bitte den beiliegenden Einkommensfragebogen bis zum 20.08.2026 ausgefüllt und unterschrieben zurück. Verwenden Sie hierfür einfach den Freiumschlag. Vielen Dank!

Solange wir Ihren individuellen Beitrag nicht bestimmen können, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, die Beiträge auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze (für 2026 monatlich 5.812,50 Euro) zu berechnen.

Die Höhe Ihrer monatlichen Beiträge finden Sie in der Anlage.

Bitte bedenken Sie: Wir können Ihren Beitrag rückwirkend anpassen, wenn Sie uns innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Sie dieses Schreiben erhalten haben, den beiliegenden Fragebogen zu Ihrem Einkommen ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Für die Dauer



VIACTIV Service-App für unsere Versicherten
Jetzt herunterladen: viactiv.de/service-app
Kostenlose Servicenummer
0800 222 12 11

Bankverbindung: HypoVereinsbank, BIC: HYVEDEMM451
IBAN: DE78 7932 0075 0001 7039 35
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000780865
Institutionskennzeichen: 10 4526 376 YDTBO05145

2. Seite zum Schreiben vom 06.08.2026 – Unser Zeichen: W921952556

dieser zwölf Monate setzen wir die Beiträge unter Vorbehalt fest (§ 32 Abs. 1 SGB X). Nach dieser Frist ist eine Änderung der Beiträge erst zum 1. des Folgemonats möglich.

Die Beiträge sind am 15. des Folgemonats fällig. Bitte überweisen Sie fällige Beiträge auf unser unten genanntes Konto. Als Verwendungszweck geben Sie bitte Ihre Versichertennummer W921952556 an.

Aufgrund der rückwirkenden Berechnung ist ein Nachzahlungsbetrag von 24.559,90 Euro entstanden. Der aktuelle Beitragssaldo beläuft sich auf 24.559,90 Euro. Zum Stichtag 17.08.2026 beträgt die Forderung 24.559,90 Euro.

Bitte überweisen Sie die Forderung innerhalb von 10 Tagen nach Erhalt dieses Schreibens.

Natürlich können Sie den Nachzahlungsbetrag auch in Raten zahlen. Teilen Sie uns dazu einfach die gewünschte Ratenhöhe schriftlich und formlos mit – gerne auch per E-Mail an zv@viactiv.de.

Unser Tipp: Auf viactiv.de/beitrag-freiwillig erfahren Sie, wie wir Ihre Beiträge berechnen.

Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung ist für Mitglieder ohne Kinder um 0,60 Prozentpunkte erhöht. Wenn Sie mindestens ein Kind, Stiefkind, Adoptiv- oder Pflegekind haben oder hatten, entfällt der Zuschlag. Für Familien mit Kindern unter 25 Jahren ist sogar eine weitere Reduzierung möglich. Informieren Sie uns gern und wir überprüfen Ihre Beitragshöhe.

Ihre Mitgliedschaft beinhaltet keinen Anspruch auf Krankengeld.

Teilen Sie uns bitte jede Änderung Ihrer Einkommenssituation unbedingt mit. Nur so können wir sicherstellen, dass Ihnen keine Nachteile entstehen.

3. Seite zum Schreiben vom 06.08.2026 – Unser Zeichen: W921952556

Haben Sie Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft oder den VIACTIV Leistungen? Rufen Sie uns einfach an, wir beraten Sie gerne!

Dieser Bescheid ergeht auch im Namen der VIACTIV Pflegekasse.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre VIACTIV Krankenkasse

Dieses Schreiben haben wir automatisch erstellt, es ist daher ohne Unterschrift gültig.

PS: Sie können Ihre Beiträge auch bequem von Ihrem Konto abbuchen lassen. Einfach das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und zurückschicken.

Rechtsbehelfsbelehrung

Dieser Bescheid wird bindend, wenn nicht binnen eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben wird. Bei Bekanntgabe im Ausland beträgt die Widerspruchsfrist drei Monate. Der Widerspruch ist schriftlich bei der VIACTIV Krankenkasse, Zentraler Posteingang, 44775 Bochum, elektronisch in schriftformersetzender Form (Näheres unter www.viactiv.de/widerspruch) oder zur Niederschrift bei der VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3-5, 44803 Bochum, zu erheben. Auch jede andere unserer Geschäftsstellen nimmt Ihren Widerspruch entgegen. Es wäre hilfreich, wenn Sie Ihren Widerspruch begründen und falls vorhanden, entsprechende Nachweise beifügen. Ein Widerspruch durch E-Mail entspricht derzeit nicht dem gesetzlichen Erfordernis der Schriftform und kann von uns daher leider nicht anerkannt werden.

Zusammensetzung Ihrer Beiträge
Herr Kamil Jan Dulik, geboren am 16.07.1996
Versichertennummer: W921952556

Zeitraum der Änderung 27.11.2024 - 30.11.2024

Einkommensart	Bemessungs- grundlage	Beitrags- satz	Beitragshöhe mtl.	Beitragsart
Schätzung	5.175,00 Euro	14,0 %	96,60 Euro	Krankenversicherung
Schätzung	5.175,00 Euro	4,0 %	27,60 Euro	Pflegeversicherung
Schätzung	5.175,00 Euro	3,27 %	22,56 Euro	Zusatzbeitrag
			146,76 Euro	Gesamtbeitrag (mtl.)

Zeitraum der Änderung 01.12.2024 - 31.12.2024

Einkommensart	Bemessungs- grundlage	Beitrags- satz	Beitragshöhe mtl.	Beitragsart
Schätzung	5.175,00 Euro	14,0 %	724,50 Euro	Krankenversicherung
Schätzung	5.175,00 Euro	4,0 %	207,00 Euro	Pflegeversicherung
Schätzung	5.175,00 Euro	3,27 %	169,22 Euro	Zusatzbeitrag
			1.100,72 Euro	Gesamtbeitrag (mtl.)

Zeitraum der Änderung 01.01.2025 - 31.12.2025

Einkommensart	Bemessungs- grundlage	Beitrags- satz	Beitragshöhe mtl.	Beitragsart
Schätzung	5.512,50 Euro	14,0 %	771,75 Euro	Krankenversicherung
Schätzung	5.512,50 Euro	4,2 %	231,53 Euro	Pflegeversicherung
Schätzung	5.512,50 Euro	3,27 %	180,26 Euro	Zusatzbeitrag
			1.183,54 Euro	Gesamtbeitrag (mtl.)

Beginn der Änderung ab 01.01.2026 - laufend

Einkommensart	Bemessungs- grundlage	Beitrags- satz	Beitragshöhe mtl.	Beitragsart
Schätzung	5.812,50 Euro	14,0 %	813,75 Euro	Krankenversicherung
Schätzung	5.812,50 Euro	4,2 %	244,13 Euro	Pflegeversicherung
Schätzung	5.812,50 Euro	4,19 %	243,54 Euro	Zusatzbeitrag
			1.301,42 Euro	Gesamtbeitrag (mtl.)

VIActiv Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

Name: Kamil Jan Dulik

Versichertennummer: W921952556

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000780865

Ich ermächtige die VIActiv Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VIActiv Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die VIActiv Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab

--	--

--	--

Monat Jahr

IBAN: D E _____

Ich bin der Kontoinhaber: ☐ Ja ☐ Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Mandatsreferenz:

Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

Datenschutzhinweis:

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 E-Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

ANFRAGE EINKOMMEN

1.	Angaben zur Person		
1.1	Name: Kamil Jan Dulik	Versichertennummer: W921952556	
1.2.	Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ verwitwet ☐ geschieden		
1.3	Angehörige: ☐ keine ☐ Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder _____ ☐ Ehepartner / Lebenspartner (Name, Vorname) _____ ist ☐ gesetzlich krankenversichert bei _____ ☐ privat krankenversichert bei _____ monatliche Einnahmen brutto _____ Euro, bitte Nachweis beifügen jährliche Einnahmen brutto _____ Euro, bitte Nachweis beifügen		
2.	Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / Personenkreis		
	☐ selbstständig als _____ Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden _____ Anzahl der Beschäftigten: _____ ☐ geringfügige Beschäftigung ☐ Auszubildende ☐ versicherungspflichtige Beschäftigung ☐ Arbeitnehmer/in ☐ Beamter /Beamtin ☐ Rentner/in / Pensionär/in ☐ nicht erwerbstätig ☐ Hausfrau / Hausmann ☐ Schüler/in / Student/in ☐ Sozialhilfeempfänger/in ☐ _____		
3.	Einnahmen des Mitglieds		
3.1	Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.812,50 Euro.	☐ Ja (weitere Angaben sind nicht erforderlich) ☐ Nein	
		monatlich Euro	jährlich Euro
3.2	Lohn/Gehalt, Dienstbezüge		
	monatliche Zahlungen, bitte fügen Sie die letzte Lohn-/Gehaltsabrechnung bei		
	Einmalzahlungen, bitte Nachweis beifügen		
3.3	Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid* bei		
3.4	Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid* bei		
3.5	Einnahmen aus Kapitalvermögen, bitte fügen Sie die Nachweise bei		
3.6.	Renten (wie Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten, Renten aus privater Renten- bzw. Lebensversicherung), bitte aktuelle Bescheide beifügen		
3.7	Brutto-Versorgungsbezüge (wie Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen		
	monatliche Zahlungen:		
	Einmalzahlungen		
3.8	Sozialleistungen / Hilfe zum Lebensunterhalt, bitte Bescheid beifügen		
3.9	Abfindung, bitte Vertrag beifügen		
3.10	sonstige Einnahmen (wie Gründungszuschuss, Unterhalt, Zinsen), bitte Nachweise beifügen		
4.	Angaben zum Lebensunterhalt:		
	☐ Meine Einnahmen liegen unter 1.318,33 Euro, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:		

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (zum Beispiel: Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.
 * Nicht beitragsrelevante Angaben können im Einkommensteuerbescheid geschwärzt werden.

Datenschutzhinweis:

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.

Datum, Unterschrift, Telefonnummer (freiwillige Angabe)

SCHAE_BBG

Kamil Jan Dulik

Versichertennummer: W921952556

Angaben zum Versicherungsschutz

☐ Ich bin ab _____ beschäftigt bei:	
Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Monatliches Bruttoentgelt:
	Telefonnummer des Arbeitgebers:

☐ Ich beziehe ab _____ folgende Leistung:	
Achtung: Bitte legen Sie <u>unbedingt</u> den Bewilligungsbescheid bei!	
☐ Arbeitslosengeld I	☐ Grundsicherungsgeld
Ort der Agentur für Arbeit/ Jobcenter	Kundennummer oder Bedarfsgemeinschaftsnummer
☐ Elterngeld	☐ Krankengeld / Verletztengeld / Übergangsgeld
☐ Rente	☐ Sonstiges (zum Beispiel Gründungszuschuss)
Name des Leistungsträger	

☐ Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu. Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung (gilt für Ehegatten, Kinder bis zum 23. Lebensjahr – bei Schulausbildung / Studium bis zum 25. Lebensjahr) über _____ Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds

☐ Ich möchte freiwilliges Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden und beantrage die freiwillige Versicherung als ☐ Selbständige(r) ☐ Arbeitnehmer(in) ☐ nicht erwerbstätig ☐ Sonstiges

☐ Ich bin jetzt bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse oder privat versichert. (Bitte Versicherungsnachweis beifügen!)	
Name der Krankenkasse/Versicherung:	Beginn der Versicherung:

☐ Ich habe keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz.
--

Datum _____

Unterschrift _____

Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____

Datenschutzhinweis:

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 E-Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.