



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **VIACTIV Krankenkasse** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkasseninfo.de).

Die **VIACTIV Krankenkasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

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="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	
<input type="text"/>	<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 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"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	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
<input type="text"/>			
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.



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice VIACTIV Krankenkasse
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

