

EINFACH MEHR
BEWEGEN

VIACTIV **TOP 10**

Unsere Bestleistungen für alle, die in eine gesündere Zukunft starten wollen



VIACTIV Bonus

Bis zu **110 Euro** Jahresprämie für regelmäßige Vorsorge und einen gesunden Lebensstil

VIACTIV Prämie

Ein **Monatsbeitrag zurück** (inklusive Arbeitgeberanteil) für ein Jahr ohne Arztbesuche (Vorsorge ausgenommen)

Sport- und Gesundheitskurse

Bis zu **550 Euro** Kostenübernahme im Jahr für zertifizierte Sport- und Gesundheitskurse wie Yoga, Pilates, Laufen und Co.

VIACTIV Sportcheck

Alle zwei Jahre bis zu **140 Euro** Zuschuss für einen sportmedizinischen Check-up mit individueller Beratung

VIACTIV Fitness

Attraktive Zuschüsse für zertifiziertes Ganzkörpertraining in mehr als 300 Fitness-Studios in ganz Deutschland

Professionelle Zahnreinigung

Bis zu **60 Euro** Jahreszuschuss für nachhaltige Zahnprophylaxe beim Zahnarzt Ihrer Wahl

Osteopathie

Bis zu **400 Euro** im Jahr für die alternative Behandlung von Rückenschmerzen und vielen weiteren Beschwerden

Reiseschutzimpfungen

100 Prozent Erstattung für alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Reiseschutzimpfungen

VIACTIV MehrWert

Mehr Sehen. Mehr Lächeln. Mehr Leistung. Mit den **günstigen Zusatzversicherungen** der Barmenia Krankenversicherung

VIACTIV MehrNatur

Kostengünstiger Zusatztarif für alternative Medizin in Kooperation mit unserem Partner praenatura



VIACTIV IST DAS DENN!

Als Deutschlands sportliche Krankenkasse begleitet die VIACTIV Menschen in ein aktiveres Leben. Unsere zufriedenen Kunden schätzen, dass wir sie für Gesundheit begeistern und sie unterstützen, neue Wege zu gehen, um langfristig fit zu bleiben. Wie wir das tun: Mit Mut zur Veränderung, innovativen Konzepten und einem Team, das mit seinem Know-how stets für Sie da ist. Entdecken Sie, was in Ihnen steckt, und wachsen Sie mit uns an Ihrer Seite jeden Tag aufs Neue über sich hinaus! viactiv.de/mitglied-werden



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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Staatsangehörigkeit	weiblich männlich divers
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ	Ort	<input type="text"/>	
<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 556,- 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 73.800 Euro – Stand 2025)
<input type="text"/>		
Name des Arbeitgebers		
<input type="text"/>		
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PLZ	Ort	beschäftigt seit TTMMJJJJ
<input type="text"/>		

Ich war zuletzt versichert

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

☐ 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.

Art. 0010040000 (11/24)



JETZT MITGLIED WERDEN!



Als VIACTIV-Mitglied profitieren Sie von einer unvergleichbaren Qualität beim Service sowie bei den Zusatzangeboten. Tausende Neukunden und herausragende Kundenbewertungen bestätigen, dass die VIACTIV aufgrund ihrer vielen Bestleistungen – insbesondere im Bereich Sport und Prävention – sehr empfehlenswert ist.

Machen Sie jetzt den Vorteilscheck und werden Sie VIACTIV-Mitglied! Unter unserer kostenlosen Neukundenhotline 0800 50 20 550 beraten wir Sie jederzeit gerne persönlich. Auf Wunsch erstellen wir Ihnen auch einen individuellen Krankenkassenvergleich und senden Ihnen unser Infopaket zu. Alles Weitere ist ganz einfach: Füllen Sie die umseitige Beitrittserklärung aus und senden Sie diese an uns zurück. Oder Sie nutzen unseren Online-Antrag, um mit wenigen Klicks zur VIACTIV zu wechseln: **viactiv.de/mitglied-werden**



Einfach
scannen!

Bitte an den Markierungen falten und in einem Fensterumschlag an uns zurücksenden. Das Porto übernehmen wir für Sie.

Deutsche Post 
ANTWORT

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum