

SERVICE DER VIACTIV FÜR BERUFSEINSTEIGER

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

E-Mail-Adresse (bitte angeben): _____

Wichtig! Telefonnummer (bitte angeben): _____

☐

Ich werde meine Schulzeit voraussichtlich beenden

☐ 2026 ☐ 2027 ☐ 20 _____ (bitte ausfüllen)

☐

Danach werde ich

- ☐ einen Ausbildungsplatz suchen
- ☐ eine weiterführende Schule besuchen, voraussichtlich bis _____/20 _____ (Monat/Jahr)
- ☐ Bundesfreiwilligendienst leisten
- ☐ studieren
- ☐ sonstiges _____

☐

Ich beginne eine Ausbildung/ein freiwilliges soziales Jahr (Nichtzutreffendes bitte streichen)

am

Datum _____

als

Bezeichnung _____

bei der Firma

Name _____

Straße _____

in

PLZ, Ort _____

Arbeitsentgelt _____ Euro

und möchte Mitglied bei der VIACTIV Krankenkasse bleiben.

☐

Ich habe noch Fragen an Sie. Bitte rufen Sie mich an!

am besten am: _____ um (Uhrzeit): _____

Einverständniserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die VIACTIV Krankenkasse meine oben erhobenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich telefonisch, postalisch oder per Mail über die Vorteile einer VIACTIV-Mitgliedschaft sowie Angebote der VIACTIV zur Gesundheitsvorsorge zu informieren und zu beraten. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der VIACTIV widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht.

Datenschutzhinweis: Die VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44775 Bochum wird auf Grund Ihrer Einwilligung Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten. Für weitergehende datenschutzrechtliche Informationen gem. der Artikel 12 ff. Datenschutz-Grundverordnung wird an dieser Stelle auf die „Informationen zum Datenschutz“ verwiesen, die Sie auf der Homepage der VIACTIV unter viactiv.de/datenschutz einsehen bzw. downloaden können.

Datum _____

Unterschrift _____