

Ja, ich möchte Mitglied der vividabkk werden

Mitgliedschaft ab: <input type="text" value="T T M M J J J J"/>				Vermittlernummer <input type="text"/>																																																												
Meine persönlichen Angaben: <table border="1"> <tr> <td>Herr</td> <td>Frau</td> <td>verheiratet</td> <td>ledig</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Name</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Geburtsdatum <input type="text" value="T T M M J J J J"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Straße, Hausnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="4">PLZ, Ort</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Telefon* <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Bevorzugten Kontaktweg bitte ankreuzen</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Mobil* <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">E-Mail* <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Rentenvers.-Nummer</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Geburtsland, -ort</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Geburtsname</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Steuer-ID</td> </tr> </table>				Herr	Frau	verheiratet	ledig	Vorname				Name				Geburtsdatum <input type="text" value="T T M M J J J J"/>				Straße, Hausnummer				PLZ, Ort				Telefon* <input type="text"/>				Bevorzugten Kontaktweg bitte ankreuzen				Mobil* <input type="text"/>				E-Mail* <input type="text"/>				Rentenvers.-Nummer				Geburtsland, -ort				Geburtsname				Staatsangehörigkeit				Steuer-ID				Mitwirkernummer <input type="text"/>
Herr	Frau	verheiratet	ledig																																																													
Vorname																																																																
Name																																																																
Geburtsdatum <input type="text" value="T T M M J J J J"/>																																																																
Straße, Hausnummer																																																																
PLZ, Ort																																																																
Telefon* <input type="text"/>																																																																
Bevorzugten Kontaktweg bitte ankreuzen																																																																
Mobil* <input type="text"/>																																																																
E-Mail* <input type="text"/>																																																																
Rentenvers.-Nummer																																																																
Geburtsland, -ort																																																																
Geburtsname																																																																
Staatsangehörigkeit																																																																
Steuer-ID																																																																
Telefonnummer Vermittler <small>(für Rückfragen)</small>				Art der Mitgliedschaft: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versicherter Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig** <input type="checkbox"/> Ich bin Student** <input type="checkbox"/> Ich bin Rentner** <input type="checkbox"/> Ich bin arbeitslos gemeldet (ALG I / Bürgergeld) <input type="checkbox"/> Sonstige freiwillige Versicherung** 																																																												
Ich möchte meine Angehörigen mitversichern**				** Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.																																																												
Ich möchte ein Bonusheft erhalten				<input type="checkbox"/>																																																												
Ich möchte Informationen zum Wahltarif erhalten				<input type="checkbox"/>																																																												
Ein Lichtbild für die elektronische Gesundheitskarte:				<small>liegt bei <input type="checkbox"/> wird von mir hochgeladen</small> <small>Hinweis: Auf www.vividabkk.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.</small>																																																												
Meine Bankverbindung:				<small>IBAN <input type="text"/></small> <small>BIC <input type="text"/></small>																																																												
Mein Arbeitgeber / Meine Agentur für Arbeit / Meine Selbständigkeit				Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken <small>Ich bin mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden (kreuzen Sie diese bitte entsprechend an):</small>																																																												
<small>ab: <input type="text" value="T T M M J J J J"/></small>				<small>Durch die freiwillige Angabe meiner Telefonnummer, erkläre ich mich einverstanden, künftig von der vividabkk angerufen zu werden.</small> <small>Durch die freiwillige Angabe meiner E-Mail-Adresse, erkläre ich mich einverstanden, künftig Informationen der vividabkk zu erhalten.</small> <small>Ich bin damit einverstanden, Newsletter per E-Mail über Angebote, Leistungen, Beiträge und Aktionen zu den Themen Gesundheit, Prävention sowie Neuigkeiten und Änderungen der vividabkk zu erhalten. (Die Bestätigungsmaile erhalten Sie in den nächsten Tagen. Bitte bestätigen Sie diese.)</small> <small>Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.</small>																																																												
<small>Betriebsnummer falls bekannt <input type="text"/></small>																																																																
<small>Name <input type="text"/></small>																																																																
<small>Straße, Hausnummer <input type="text"/></small>																																																																
<small>PLZ, Ort <input type="text"/></small>																																																																
<small>Telefon Personalabteilung <input type="text"/></small>																																																																
<small>Zusätzlich beziehe ich:</small> <table border="1"> <tr> <td>Rente/Betriebsrente</td> <td>Arbeitslosengeld</td> </tr> <tr> <td>Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit</td> <td>Beihilfe</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges</td> <td></td> </tr> </table>				Rente/Betriebsrente	Arbeitslosengeld	Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	Beihilfe	Sonstiges																																																								
Rente/Betriebsrente	Arbeitslosengeld																																																															
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	Beihilfe																																																															
Sonstiges																																																																
<small>Sind Sie mit Ihrem Arbeitgeber verwandt?</small>		<small>ja <input type="checkbox"/></small>	<small>nein <input type="checkbox"/></small>																																																													
<small>Wenn ja, wie?</small>																																																																
<small>Sind Sie an Ihrem Arbeitgeber beteiligt?</small>		<small>ja <input type="checkbox"/></small>	<small>nein <input type="checkbox"/></small>																																																													
Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung:				Bestätigung meiner Angaben:																																																												
<small>Ich bin seit <input type="text" value="T T M M J J J J"/> bei folgender Krankenkasse:</small>				<small>Datum <input type="text"/></small>																																																												
<small>Name <input type="text"/></small>				<small>Unterschrift ggf. des Erziehungsberechtigten <input type="text"/></small>																																																												
<small>pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/></small>																																																																
<small>Ich habe derzeit einen Wahltarif <input type="checkbox"/></small>																																																																