

Mitgliedschaftserklärung zur Kranken- und Pflegeversicherung (Pflichtversicherung)

Zur Bearbeitung Ihres Mitgliedschaftsantrags benötigen wir die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse (Bitte fügen Sie diese dem Antrag bei). Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Ja, ich will Mitglied werden ab T T M M J J

:: Persönliche Angaben

männlich weiblich
 ledig verheiratet verwitwet geschieden LPartG

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum, Geburtsort T T M M J J ,

Renten-/Sozialversicherungsnummer

Ich beauftrage BIG direkt gesund, für mich die Renten-/Sozialversicherungsnummer zu beschaffen (Wichtig: unbedingt Geburtsnamen, Geburtsdatum und Geburtsort angeben).

Selbstverständlich sind Ihre Angehörigen bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert. Hierzu erhalten Sie in den nächsten Tagen die Erklärung zur Familienversicherung. Diese finden Sie auch auf www.big-direkt.de.

:: Vorversicherungen (letzte 18 Monate)

von	bis	Name der Krankenkasse	selbst versichert	familien-versichert
T T M M J J	T T M M J J		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T T M M J J	T T M M J J		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T T M M J J	T T M M J J		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

:: Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer/-in Mehrfachbeschäftigte/-r Auszubildende/-r Beschäftigt seit T T M M J J
 Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen) Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)

Beruf

Arbeitgeber (ggf. Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter)

Straße

PLZ

Ort

Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus.
 Ich beziehe Versorgungsbezüge, z. B. Betriebsrente, Pensionen (Bitte Bescheide beifügen).

Am Besten zu erreichen unter Festnetz Mobil

Vorwahl

Vorwahl

E-Mail (bei Angabe der Adresse darf mich BIG direkt gesund per E-Mail kontaktieren)

Straße

PLZ

Adresszusatz

Betriebsnummer (Bitte geben Sie hier die achtstellige Betriebsnummer des Arbeitgebers an)

Am Besten zu erreichen unter Festnetz Mobil

Vorwahl

Vorwahl

Art des Familienverhältnisses

Ich bin Geschäftsführer/-in oder Gesellschafter/-in einer GmbH.
 Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert oder verheiratet.

:: Erklärung

Ich versichere, sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen, insbesondere bezüglich meines Einkommens, teile ich Ihnen unverzüglich mit. Die Erhebung der vorstehenden Angaben ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig.

Ort

Datum T T M M J J

Unterschrift

Bitte schicken an:

BIG direkt gesund
 Semerteichstraße 54-56
 44141 Dortmund

Fax 0231.5557-199
 info@big-direkt.de

