

Einzugsermächtigung für freiwillig Versicherte

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Angaben zum freiwillig Versicherten

Name

Vorname

T T M M J J , ,
Geburtsdatum, Geburtsort

Versichertennummer

Am Besten zu erreichen unter

Festnetz Mobil

Vorwahl

Festnetz

Vorwahl

Mobil

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

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

:: Einzugsermächtigung

Ich ermächtige BIG direkt gesund, die von mir zu zahlenden Beiträge zur Krankenversicherung einschl. Pflegeversicherung ab T T M M J J von folgendem Konto abzubuchen:

Konto BLZ Bank

Kontoinhaber/-in

:: Widerruf

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Ort

T T M M J J
Datum

Unterschrift

Bitte schicken an:

BIG direkt gesund
Semerteichstraße 54-56
44141 Dortmund

Fax 0231.5557-199
info@big-direkt.de

www.big-direkt.de

