

Antrag auf den Wahltarif BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum, Geburtsort

Versicherungsnummer

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

:: Tarif

Ich bin bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit

ab dem . Quartal (frühestens ab dem folgenden Quartal möglich)

zu Beginn meiner Mitgliedschaft ab (nur für Neumitglieder möglich)

Mir ist bekannt, dass ich für drei Jahre an diesen Wahltarif gebunden bin. Über die weiteren Bedingungen des Tarifs bin ich informiert.

:: Bankverbindung zur Prämienauszahlung

Im Falle einer Prämienzahlung überweisen Sie diese bitte auf folgendes Konto

Konto BLZ Bank

Kontoinhaber/-in

Ort 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

