

Antrag auf den Wahltarif BIGselect Krankengeld

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsname

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

:: Tarif

- Ich bin als Selbstständige/-r bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif BIGselect Krankengeld (ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit).
- Ich bin als Künstler/-in nach dem KSVG bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif BIGselect Krankengeld (vom 15. bis 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit).
- Ich bin als unständig Beschäftigte/-r bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif BIGselect Krankengeld (ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit).
- Ich bin als Arbeitnehmer/-in mit einem Beschäftigungsverhältnis, dass auf einen kürzeren Zeitraum als 10 Wochen im Voraus befristet ist, bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif BIGselect Krankengeld (ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit).

zu Beginn meiner Mitgliedschaft ab (nur für Neumitglieder möglich)

ab dem Quartal (frühestens ab dem folgenden Quartal möglich)

Zusätzliche Angaben

Ich bin zurzeit arbeitsunfähig ja nein

Ich bin voll erwerbsgemindert ja nein

Ich beziehe zurzeit

- eine Vollrente wegen Alters
- eine Rente wegen voller Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Ich habe einen Antrag auf eine der oben genannten Leistungen gestellt ja nein

am bei und benachrichtige Sie, sobald ich den Bescheid erhalten habe.

Angaben zur Beitragsfestsetzung

gewünschte Krankengeldhöhe (kalendertäglich): 20 EUR 40 EUR 60 EUR 80 EUR (für Künstler und Publizisten ist lediglich eine Krankengeldhöhe in Höhe von 20 EUR wählbar)

Über die Inhalte der Teilnahmebedingungen des Wahltarifs BIGselect Krankengeld bin ich informiert. Mir ist bekannt, dass ich für drei Jahre an diesen Wahltarif gebunden bin. Ich erkenne die Teilnahmebedingungen in vollem Umfang an und komme den dort genannten Verpflichtungen nach. Wenn sich meine Situation ändert (zum Beispiel die Höhe meines Arbeitseinkommens) informiere ich die BIG unverzüglich. Meinen aktuellen Steuerbescheid sende ich der BIG, sobald ich diesen erhalten habe.

Ort Datum Unterschrift

:: Einzugsermächtigung

Ich ermächtige BIG direkt gesund, die von mir zu zahlenden Beiträge für den Wahltarif BIGselect Krankengeld ab von folgendem Konto abzubuchen:

Konto BLZ Bank

Kontoinhaber/-in

Ort Datum Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Bitte schicken an:

BIG direkt gesund
Semerteichstraße 54-56
44141 Dortmund

Fax 0231.5557-199
info@big-direkt.de

Kostenloser
24h-Direktservice
0800.54565456

