

# 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

zum frühestmöglichen Zeitpunkt

**:: Ich wurde geworben.**

Die BIG-Versichertennummer meines Werbbers ist

**:: Persönliche Angaben**

männlich  weiblich

Name

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort T T M M J J ,

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Am Besten zu erreichen unter

Festnetz  Mobil

Vorwahl

Festnetz

Vorwahl

Mobil

Uhrzeit

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

**:: Meiner bisherigen Krankenkasse**

Name der Krankenkasse kündigt ich fristgerecht.

**:: Tätigkeit**

Ich bin  Arbeitnehmer/-in  Auszubildende/-r  Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter  Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in

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

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Ort Datum T T M M J J

Unterschrift

**Die Bundesinnungskrankenkasse!**

[www.big-direkt.de](http://www.big-direkt.de)

Bitte senden an:

**BIG direkt gesund**  
Rheinische Straße 1  
44137 Dortmund

**Fax 0231.5557-199**  
info@big-direkt.de

Kostenloser  
24h-Direktservice  
0800.54565456

BD/Vertretung  
(nur für interne Zwecke)

UV

