Mitgliedsantrag

BIG direkt gesund

Ich werde ab T | T | M | M | J | J BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von
BIG-Versichertennummer meines Werbers

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben

☐ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers **Familienstand** ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ LPartG

Name

Vorname

Geburtsname

T | T | M | M | J | J
Geburtsdatum

Geburtsort

Renten-/Sozialversicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt)

Vorwahl

Rufnummer

E-Mail

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

PLZ

Ort

Versichertennummer

Ich habe Kinder ☐ ja ☐ nein (Bitte fügen Sie die Geburtsurkunde Ihres Kindes bei, bei mehreren Kindern reicht eine Geburtsurkunde)

☐ Familienangehörige sollen mitversichert werden.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in gem. LPartG ist ☐ gesetzlich ☐ privat krankenversichert bei

Ich war bisher versichert

Krankenkasse/Krankenversicherung

☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ im Ausland versichert

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

☐ Ich habe seit/ab dem T | T | M | M | J | J eine Änderung in meinem Versicherungsverhältnis (z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel).

Ich bin

☐ Arbeitnehmer/-in

☐ Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Arbeitgeber

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

☐ zusätzlich selbstständig tätig

☐ selbstständig tätig seit T | T | M | M | J | J

wöchentliche Arbeitszeit Stunden

Gründungszuschuss (Bitte Leistungsbescheid beifügen) ☐ ja ☐ nein

Die Krankenversicherung soll durchgeführt werden

☐ ohne Anspruch auf Krankengeld ☐ mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld

Mein jährliches Einkommen

☐ übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze.

☐ Alle Einkünfte gehen aus dem beiliegenden Einkommenssteuerbescheid hervor.

☐ Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen)

☐ Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen)

Kundennummer

☐ Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezügemitteilung beifügen)

☐ Studierende/-r oder Schüler/-in (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen)

☐ Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)

☐ nicht erwerbstätig

Die Beiträge

☐ überweise ich selbst. ☐ werden von meinem Arbeitgeber überwiesen. ☐ sollen bis auf Widerruf per SEPA-Basislastschrift-Mandat abgebucht werden (Bitte SEPA-Basislastschrift-Mandat ausfüllen).

Unterschrift

Bei Fragen wenden Sie sich bitte ☐ an mich ☐ an meinen Vermittler.

☐ Ich möchte den Newsletter, Kundenumfragen und Leistungsinformationen per E-Mail von der BIG erhalten.

☐ Hiermit willige ich ein, dass meine Kontaktdaten gespeichert und verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort

T | T | M | M | J | J
Datum

Unterschrift

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)

Datenschutzhinweis: Seit Mai 2018 gilt in der EU die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Mitgliedsantrag nach § 175 SGB V zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.

Direkter geht Krankenkasse nicht.

BIG direkt gesund • Rheinische Straße 1 • 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 • info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Verantwortlicher i. S. der DSGVO: Peter Kaetsch, Markus Bäumer
Datenschutzbeauftragter: datenschutz@big-direkt.de

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2021 tuev-saar.de/SC44697 Service tested

MA 202109