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

Name | Vorwahl | Festnetz

Vorname | Vorwahl | Mobil

Geburtsname | E-Mail

Geburtsdatum T | T | M | M | J | J | Geburtsort | Straße | Hausnummer

Geburtsland | Adresszusatz

Renten-/Sozialversicherungsnummer | PLZ | Ort

Steuer-Identifikationsnummer (nur bei Selbstzahlenden, sofern bekannt) | Versichertennummer

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ LPartG ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit: T | T | M | M | J | J

Ich habe Kinder ☐ ja (Bitte fügen Sie die Geburtsurkunden Ihrer Kinder bei.) ☐ nein

☐ 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

☐ Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen)

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

Kundennummer

☐ 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.

☐ 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.

Mir ist bekannt, dass meine Kontaktdaten gespeichert werden und ich die Speicherung jederzeit widerrufen kann.

Ort | Datum T | T | M | M | J | J | Unterschrift

Datenschutzhinweis: 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.

MA 202501

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Postfach 10 06 42 · 44006 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested