

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

## Persönliche Angaben des Mitglieds

Name  Am Besten zu erreichen unter  Festnetz  Mobil

Vorname  Vorwahl  Festnetz

Versichertennummer  Vorwahl  Mobil

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

Familienstand  ledig  verheiratet  LPartG  verwitwet  getrennt lebend  geschieden seit:

Mein/Meine Ehe-/Lebenspartner/ in ist  gesetzlich versichert bei:   nicht gesetzlich versichert

Die Familienversicherung soll durchgeführt werden ab:

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges

## Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen.

Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/-in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr/Ihre Ehe-/Lebenspartner/-in mit diesen Kindern verwandt ist.

In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners/der Ehe-/Lebenspartnerin und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Wenn Ihr/ Ihre Ehe-/ Lebenspartner/ -in bzw. Ihre Kinder einen anderen Nachnamen haben, fügen Sie bitte einmalig eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis – sofern die Vorlage nicht möglich ist – eine andere geeignete Unterlage (z.B. Bescheid über Kindergeld) bei.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandschaftsverhältnis zum Mitglied: (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	-	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandschaftsverhältnis ankreuzen)	-	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	-	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Freiwilliger Wehrdienst vom/bis (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	-	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>

## Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Hörder-Bach-Allee 1 - 3 · 44263 Dortmund  
 Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de  
 Kostenloser 24h-Direktservice **0231 5557-0**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:  
[big-direkt.de/datenschutz](http://big-direkt.de/datenschutz)

### Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Die bisherige Versicherung endete am:	T   T   M   M   J   J	T   T   M   M   J   J	T   T   M   M   J   J	T   T   M   M   J   J
bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		-	-	-

### Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Geringfügige Beschäftigung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Versichertennummer (sofern bereits von einer Krankenkasse vergeben)				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

### Erklärung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Wenn Ihre Kinder bei uns familienversichert sind, benötigen wir ebenfalls direkt eine Information darüber, wenn der andere Elternteil aus der gesetzlichen Krankenversicherung austritt. Bitte teilen Sie uns auch Ihre Eheschließung mit, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Um eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) auszustellen, benötigen wir bei Angehörigen über 15 Jahren ein Foto. Wenn Sie dieses noch nicht eingereicht haben, können Sie es ganz einfach und bequem online hochladen: <https://www.big-direkt.de/de/foto-upload-fuer-neu-mitglieder>.

Ort	T   T   M   M   J   J	Unterschrift Mitglied
	Datum	
Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in		Unterschrift Kind/-er (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

### Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Hörder-Bach-Allee 1 - 3 · 44263 Dortmund  
 Fax 0231 5557-199 · [info@big-direkt.de](mailto:info@big-direkt.de)  
 Kostenloser 24h-Direktservice **0231 5557-0**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:  
[big-direkt.de/datenschutz](http://big-direkt.de/datenschutz)