

Antrag auf Beitragsminderung	
Persönliche Angaben	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Versichertennummer	
Anschrift/ E-Mail/ Telefonnummer	
Familienstand:	
Mein Ehepartner ist gesetzlich krankenversichert?	
<input type="checkbox"/> ja, bei _____ (Name der Krankenkasse)	
<input type="checkbox"/> nein. Die Einkünfte Ihres nicht gesetzlich krankenversicherten Ehepartners sind bei der Ermittlung Ihrer Beiträge zu beachten. Daher benötigen wir die Angaben über die Höhe dieser Einkünfte und entsprechende Nachweise. Für jedes unterhaltsberechtigten Kind können abhängig von der Art der Krankenversicherung Freibeträge berücksichtigt werden.	
Die jährlichen Einkünfte meines Ehepartners betragen: _____ Euro	
Wir haben unterhaltsberechtigten Kinder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____	
Die Kinder sind krankenversichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)	
Angaben zu Ihrer Selbstständigkeit	
Haben Sie finanzielle Einbußen aufgrund der aktuellen Corona-Situation? Wenn ja, welche genau und in welcher Höhe?	
In welchem Bereich sind Sie tätig und was genau ist der Grund für den Ausfall Ihrer Einnahmen?	
Angaben zu Ihren monatlichen Einnahmen	
In welcher Höhe schätzen Sie Ihre derzeitigen monatlichen Einkünfte? Ich bestreite meinen Lebensunterhalt hauptsächlich durch:	<input type="checkbox"/> Monatliches Arbeitseinkommen: _____ €
	<input type="checkbox"/> sonstige monatliche Einkünfte Bsp. Vermietung/Verpachtung, Kapitalerträge, Ehegattenunterhalt, etc.): _____ €
	<input type="checkbox"/> Ersparnisse
Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht und werde Sie unverzüglich informieren, sobald sich Änderungen in meinen Verhältnissen ergeben und unaufgefordert entsprechende Nachweise einreichen.	

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	versichertenservice@big-direkt.de	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Fragebogen zur Versicherungsrechtlichen Beurteilung nach § 240 SGB V zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nicht an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	0231.5557-199	
Post:	BIG direkt gesund BEREICH Versichertenservice Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	