

Mitgliedsantrag



direkt gesund

Ich werde ab BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von
BIG-Versichertennummer meines Werbers

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben

☒ männlich ☐ weiblich ☐ unbestimmt ☐ divers

TEST
Name

Vorwahl

Festnetz

TEST
Vorname

+49
Vorwahl

TEST
Mobil

TEST
Geburtsname

TEST
E-Mail

2333-02-11
Geburtsdatum

TEST
Geburtsort

TEST
Straße

112233
Hausnummer

TEST
Geburtsland

Adresszusatz

TEST
Renten-/Sozialversicherungsnummer

TEST
PLZ

TEST
Ort

TEST
Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt)

TEST
Versichertennummer

Familienstand ☐ ledig ☒ verheiratet ☐ verwitwet ☐ LPartG ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit: TEST

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 TEST

Ich war bisher versichert

TEST
Krankenkasse/Krankenversicherung

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

TEST
Straße

112233
Hausnummer

TEST
PLZ

TEST
Ort

☐ Ich habe seit/ab dem 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

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 Bezüggemittelung beifügen)

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

☐ Rentner/-in oder Rentenanspruchsteller/-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.

TEST
Ort

10/6/2024
Datum

Unterschrift

Direkter geht Krankenkasse nicht.

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)

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

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

