

# Mitgliedsantrag

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

Name	Vorwahl	Festnetz
Vorname	Vorwahl	Mobil
Geburtsname	E-Mail	
Geburtsdatum	Straße	Hausnummer
Geburtsort	Adresszusatz	
Geburtsland	PLZ	Ort
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Versichertennummer	
Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt)		

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ LPartG ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit:   
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	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="checkbox"/> Ich habe seit/ab dem <input type="text"/> eine Änderung in meinem Versicherungsverhältnis (z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel).			

## Ich bin

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Arbeitgeber Straße PLZ Ort <input type="checkbox"/> zusätzlich selbstständig tätig <input type="checkbox"/> Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen) Kundennummer	<input type="checkbox"/> selbstständig tätig seit <input type="text"/> wöchentliche Arbeitszeit <input type="text"/> Stunden Gründungszuschuss (Bitte Leistungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Krankenversicherung soll durchgeführt werden <input type="checkbox"/> ohne Anspruch auf Krankengeld <input type="checkbox"/> mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld Mein jährliches Einkommen <input type="checkbox"/> übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze. <input type="checkbox"/> Alle Einkünfte gehen aus dem beiliegenden Einkommenssteuerbescheid hervor. <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezügemitteilung beifügen) <input type="checkbox"/> Studierende/-r oder Schüler/-in (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> 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	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