krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragsservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BIG** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:

Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.

Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BIG** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.

Von der **BIG** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BIG** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BIG** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedsantrag

BIG direkt gesund

Ich werde ab T T M M J J BIG-Mitglied

Vermittlernummer 0 0 9 5 (Vertriebspartner, nur für interne Zwecke)

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.

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 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

MA 202501 - VP

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BIG direkt gesund
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

(1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden

(2) auf einen Briefumschlag kleben

(3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen

(4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.