



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 Antragservice 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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorwahl	Festnetz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Vorwahl	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	E-Mail <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	Adresszusatz <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Renten-/Sozialversicherungsnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt)	Versichertennummer <input type="text"/>	

Familienstand ledig verheiratet verwitwet LPartG getrennt lebend geschieden seit: (TTMMJJ)

Ich habe Kinder ja (Bitte fügen Sie die Geburtsurkunde Ihres Kindes bei, bei mehreren Kindern reicht eine Geburtsurkunde) nein

Familienangehörige sollen mitversichert werden.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in gem. LPartG ist gesetzlich privat krankenversichert bei

Ich war bisher versichert

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

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift

Direkter geht Krankenkasse nicht.

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

Verantwortlicher i.S. der DSGVO: Peter Kaetsch, Markus Bäumer
Datenschutzbeauftragter: datenschutz@big-direkt.de

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)



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.

