



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BIG** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkasseninfo.de).

Die **BIG** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast, wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedsantrag

Ich werde ab BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von 0095
BIG-Versichertennummer meines Werbers

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben

männlich weiblich unbestimmt divers

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

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"/> Krankenkasse/Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> selbst versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> im Ausland versichert
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> Hausnummer	<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> 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. <input type="text"/> Arbeitgeber <input type="text"/> Straße <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort	<input type="checkbox"/> selbstständig tätig seit <input type="text"/> (TTMMJJ) 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"/> zusätzlich selbstständig tätig	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezüggemittlung beifügen)
<input type="checkbox"/> Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Studierende/-r oder Schüler/-in (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen)
<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)
<input type="text"/> Kundennummer	<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.

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

0095
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.

