



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.krankenkaserneninfo.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@krankenkaserneninfo.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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BIG** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BIG** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

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)





direkt gesund

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen für Versicherte

Zahlungsempfänger

BIG direkt gesund, Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE63ZZZ00000008438**

Mandatsreferenz (wird von der BIG vergeben)

Ich ermächtige BIG direkt gesund ab (TTMMJJ) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von BIG direkt gesund auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Versichertennummer

Name Kontoinhaber/-in

Vorname Kontoinhaber/-in

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC

Ort

Datum (TTMMJJ)

Unterschrift Kontoinhaber/-in

Information zur freiwilligen Krankenversicherung

Beginn

Die Mitgliedschaft beginnt grundsätzlich unmittelbar im Anschluss an die bisherige gesetzliche Krankenversicherung.

Beitragshöhe

Als Grundlage für die Berechnung der Beiträge gelten die „Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Beitragszahlung

Die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung sind bis zum 15. des Folgemonats fällig.

Steuerrechtliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Nach dem „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ vom 23.07.2009 sind Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung ab dem Veranlagungsjahr 2010 nahezu vollständig als Sonderausgaben (Vorsorgeaufwendungen) bei der Einkommensteuer abzugsfähig. Berücksichtigungsfähig sind die vom Mitglied selbst entrichteten Beiträge abzüglich eventueller Beitragserrstattungen sowie der Beitragsanteile, die auf einen Krankengeldanspruch entfallen.

Wie gelangen Ihre Daten an die Finanzverwaltung?

Nach Ablauf des Beitragsjahres übermittelt die BIG die von Ihnen geleisteten bzw. erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung unter Angabe Ihrer Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung. Über die gemeldeten Beiträge erhalten Sie selbstverständlich eine Mitteilung von uns.

Weitere Informationen finden Sie unter big-direkt.de/tarife

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 Bäumler
Datenschutzbeauftragter: datenschutz@big-direkt.de



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.

