

Mitgliedsantrag

Ich werde ab BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von BIG-Versichertennummer meines Werbers

Antrag bitte zurück an:

Versicherungsmakler
Herbert Becker
Fichtestr. 1a
14656 Brieselang
Tel: 03323-2238282
Mail: mandantenmail@freenet.de



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	
Geburtsort	Hausnummer	
Geburtsland	Adresszusatz	
Renten-/Sozialversicherungsnummer	PLZ	Ort
Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt)	Versichertennummer	

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

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

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	

Ich habe seit/ab dem 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 <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> <input type="checkbox"/> zusätzlich selbstständig tätig	<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"/> Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen) Kundennummer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezüggemittlung 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.

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

Antrag bitte zurück an:

Versicherungsmakler
Herbert Becker
Fichtestr. 1a
14656 Brieselang
Tel: 03323-2238282
Mail: mandantenmail@freenet.de

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)

