

Antrag auf den Wahltarif BIGselect Selbstbehalt/ BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.



direkt gesund

:: Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum, Geburtsort

Versicherungsnummer

Am Besten zu erreichen unter Festnetz Mobil

Vorwahl Festnetz

Vorwahl Mobil

E-Mail (bei Angabe der Adresse darf mich BIG direkt gesund per E-Mail kontaktieren)

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Steuer-Identifikationsnummer

Gemäß dem „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ vom 23.07.2009 sind Prämienausschüttungen im Rahmen von Wahltarifen nach § 53 SGB V durch die BIG nach Ablauf des Kalenderjahres unter Angabe Ihrer Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung zu melden, weil diese Erstattungen Ihre gezahlten Beiträge vermindern. Über die gemeldeten Prämienausschüttungen erhalten Sie selbstverständlich eine Mitteilung von uns.

Sie haben Ihre Steuer-Identifikationsnummer nicht zur Hand? In diesem Fall erfragt die BIG sie direkt bei der Finanzverwaltung.

:: Tarife

Ich bin bei BIG direkt gesund versichert und wähle den Tarif

BIGselect Selbstbehalt 500 Euro (= Erstattung bis zu 350 Euro/Jahr) BIGselect Selbstbehalt 1.000 Euro (= Erstattung bis zu 600 Euro/Jahr) BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit

zu Beginn meiner Mitgliedschaft ab (nur für Neumitglieder möglich)

ab dem Quartal (frühestens ab dem folgenden Quartal möglich)

Bei der Kombination eines Tarifs BIGselect Selbstbehalt mit dem Tarif BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit ist die Erstattung auf max. 900 Euro/Jahr bzw. nicht mehr als 30 v.H. der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge begrenzt.

Mir ist bekannt, dass ich bei der Wahl eines Wahltarifs wie folgt an diesen Tarif und die BIG gebunden bin:

BIGselect Selbstbehalt: 3 Jahre

BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit: 1 Jahr

BIGselect Selbstbehalt **und** BIGselect Prämie bei Leistungsfreiheit: 3 Jahre

Über die weiteren Tarifbedingungen bin ich informiert.

:: Bankverbindung zur Prämienauszahlung

Im Falle einer Prämienzahlung überweisen Sie diese bitte auf folgendes Konto

IBAN (Internationale Bankkontonummer) BIC (Internationale Bankleitzahl)

Kreditinstitut

Kontoinhaber/-in

Ort Datum Unterschrift

Deutschlands 1. Direktkrankenkasse

www.big-direkt.de

Bitte senden an:

BIG direkt gesund
Rheinische Straße 1
44137 Dortmund

Fax 0231.5557-199
info@big-direkt.de

Kostenloser
24 h-Direktservice
0800.54565456

