



direkt gesund

MITGLIEDSANTRAG

Ich werde ab BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von
BIG-Versichertennummer meines Werbers

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

PERSONLICHE ANGABEN

männlich weiblich **Familienstand** ledig verheiratet verwitwet geschieden LPartG

Name
Vorwahl Rufnummer

Vorname
E-Mail

Geburtsname
Straße Hausnummer

Geburtsdatum, Geburtsort
PLZ Ort

Renten-/Sozialversicherungsnummer
Versichertennummer

Selbstverständlich sind Ihre Angehörigen bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert. Bitte füllen Sie die Erklärung zur Familienversicherung aus.

ICH WAR BISHER VERSICHERT (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

von bis
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung

selbst-versichert familien-versichert privat-versichert im Ausland-versichert

ICH BIN

Arbeitnehmer/-in
 Mein Einkommen liegt über der Versicherungspflichtgrenze.
Arbeitgeber (ggf. Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter/Rentenversicherungsträger)

Rentner/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)

Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter
Kundennummer (Agentur für Arbeit/Jobcenter)
Straße Hausnummer

zusätzlich selbstständig tätig.
PLZ Ort

DIE BEITRÄGE

überweise ich selbst.

werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.

sollen bis auf Widerruf per SEPA-Basislastschrift-Mandat abgebucht werden (Bitte SEPA-Basislastschrift-Mandat auf der Rückseite ausfüllen).

UNTERSCHRIFT

Ort Datum Unterschrift

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)



Datenschutzhinweis: Die Erhebung der vorstehenden Angaben ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen für Versicherte

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

BIG direkt gesund, Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE63ZZZ00000008438**

Mandatsreferenz (wird von der BIG vergeben)

Ich ermächtige BIG direkt gesund ab 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

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC

Ort

Datum

Unterschrift