

Direkter geht Krankenkasse nicht.

Ihr Wechsel zur BIG einfach und direkt.



1. Mitgliedsantrag ausfüllen

... und an die BIG senden. Oder ganz einfach online Mitglied werden unter: big-direkt.de/antrag

Ihre Angehörigen versichern wir gerne beitragsfrei mit. Bitte füllen Sie dazu den Antrag **Aufnahme in die Familienversicherung** aus.



2. Foto hochladen

Für das Foto auf Ihrer persönlichen Versichertenkarte nutzen Sie das Formular **Bild für die elektronische Gesundheitskarte** oder Sie laden ein Foto bequem direkt vom Smartphone oder PC hoch: big-direkt.de/bild-hochladen



3. Alles Weitere erledigt die BIG

Um Ihre Kündigung bei der alten Kasse kümmern wir uns – Sie müssen nichts weiter tun und profitieren bald von den Vorteilen der BIG!

Gut zu wissen.

Wichtige Fristen

- :: Sie können Ihre gesetzliche Krankenversicherung innerhalb von zwei Kalendermonaten zum Monatsende wechseln.
- :: Sie sind grundsätzlich mindestens 12 Monate (sog. Bindungsfrist) an eine Krankenkasse gebunden.
- :: Wenn sich etwas in Ihrem Versicherungsverhältnis ändert (z. B. Arbeitgeberwechsel, Ausscheiden aus der Familienversicherung), können Sie die Krankenkasse sofort wechseln.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns an unter 0800 5456 5456. 24 Stunden. Jeden Tag. Wir freuen uns auf Sie!



Mitgliedsantrag

Ich werde ab BIG-Mitglied

Ich wurde geworben von
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 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

<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	

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. <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="text"/> Kundennummer	<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.

<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

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 Beitragserstattungen 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



Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben des Mitglieds

Name Am Besten zu erreichen unter Festnetz Mobil

Vorwahl Festnetz

Vorname Vorwahl Mobil

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

Familienstand ledig verheiratet LPartG verwitwet getrennt lebend geschieden seit: (TT/MM/JJ)

Ich war bisher selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen.

Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/-in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr/Ihre Ehe-/Lebenspartner/-in mit diesen Kindern verwandt ist.

In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners/der Ehe-/Lebenspartnerin und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung (TT/MM/JJ) (Ehepartner bzw. Kinder)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Wenn Ihr/ Ihre Ehe-/ Lebenspartner/ -in bzw. Ihre Kinder einen anderen Nachnamen haben, fügen Sie bitte einmalig eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis – sofern die Vorlage nicht möglich ist – eine andere geeignete Unterlage (z.B. Bescheid über Kindergeld) bei.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum (TT/MM/JJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkelkind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am: (TT/MM/JJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bestand bei: (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	€	€	€	€
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (z.B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	€	€	€	€
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	€	€	€	€
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Schulbesuch/Studium vom/bis (TT/MM/JJ) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)				
Wehr- oder Zivildienst vom/bis (TT/MM/JJ) (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)				

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Versichertennummer (sofern bereits von einer Krankenkasse vergeben)				
Eigene Rentenversicherungsnummer				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Erklärung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o.a. Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Mitversicherte Angehörige ab 15 Jahren erhalten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit Bild.
Bitte beachten Sie das beiliegende Formular „Bild für die elektronische Gesundheitskarte“.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum (TT/MM/JJ)	Unterschrift Mitglied
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in	Unterschrift Kind/-er (nach Vollendung des 15. Lebensjahres)	

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

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

Bild für die eGK

Zur Erstellung der persönlichen Gesundheitskarte/-n (eGK) für Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen (ab 15 Jahre) senden Sie uns bitte ein aktuelles Foto. Bitte versehen Sie das Foto auf der Rückseite jeweils mit Namen und Geburtsdatum und kleben es in das dafür vorgesehene Feld. Oder laden Sie Ihr digitales Foto bequem online hoch unter: big-direkt.de/bild-hochladen.

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben (Mitglied)

3,5 x 4,5 cm

Hier klicken, um Foto hochzuladen.

Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

Persönliche Angaben (Ehe-/Lebenspartner/-in)

3,5 x 4,5 cm

Hier klicken, um Foto hochzuladen.

Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

Persönliche Angaben (1. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Hier klicken, um Foto hochzuladen.

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

Persönliche Angaben (2. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Hier klicken, um Foto hochzuladen.

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

Persönliche Angaben (3. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Hier klicken, um Foto hochzuladen.

Name

Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

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

