BIG direkt gesund
Die Krankenkasse
direkt für Dich.

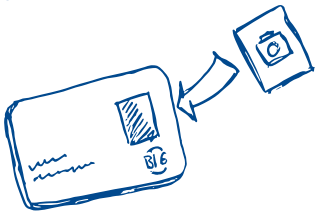
Dein Wechsel zu uns.

Direkt für Dich.

1. Mitgliedsantrag ausfüllen …

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

Deine Angehörigen versichern wir gerne beitragsfrei mit. Bitte fülle dazu den Antrag **»Aufnahme in die Familienversicherung«** aus.

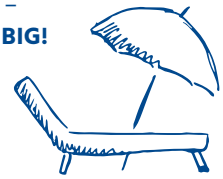


2. Foto hochladen

Für das Foto auf Deiner persönlichen Versichertenkarte nutze das Formular **»Bild für die elektronische Gesundheitskarte«** oder lade Dein Foto bequem direkt vom Smartphone oder PC hoch:
big-direkt.de/bild-hochladen

3. Fertig!

Um die Kündigung bei Deiner alten Kasse kümmern wir uns – Du musst nichts weiter tun. **Herzlich Willkommen bei der BIG!**



Gut zu wissen.

Wichtige Fristen

Sogenannte »Bindungsfrist«

- Du kannst Deine gesetzliche Krankenversicherung innerhalb von zwei Kalendermonaten zum Monatsende wechseln.
- Du bist grundsätzlich mindestens 12 Monate lang an eine Krankenkasse gebunden.
- Wenn sich etwas in Deinem Versicherungsverhältnis ändert (z. B. Arbeitgeberwechsel, Ausscheiden aus der Familienversicherung), kannst Du die Krankenkasse sofort wechseln.

Noch Fragen?
0800 5456 5456
Wir sind für Dich da.
24 Stunden. Jeden Tag.
Natürlich kostenlos.

Wir freuen uns auf Deinen Anruf

202312

Mitgliedsantrag

BIG direkt gesund

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

Name | Vorwahl | Festnetz

Vorname | Vorwahl | Mobil

Geburtsname | E-Mail

Geburtsdatum | Geburtsort | Straße | Hausnummer

Geburtsland | Adresszusatz

Renten-/Sozialversicherungsnummer | PLZ | Ort

Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt) | Versichertennummer

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ LPartG ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit: _____

Ich habe Kinder ☐ ja (Bitte fügen Sie die Geburtsurkunden Ihrer Kinder bei.) ☐ nein

☐ Familienangehörige sollen mitversichert werden.

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in gem. LPartG ist ☐ gesetzlich ☐ privat krankenversichert bei _____

Ich war bisher versichert

Krankenkasse/Krankenversicherung | ☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert ☐ im Ausland versichert

Straße | Hausnummer | PLZ | Ort

☐ Ich habe seit/ab dem _____ eine Änderung in meinem Versicherungsverhältnis (z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel).

Ich bin

☐ Arbeitnehmer/-in

☐ Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Arbeitgeber

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

☐ zusätzlich selbstständig tätig

☐ Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen)

☐ Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen)

Kundennummer

☐ selbstständig tätig seit _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden

Gründungszuschuss (Bitte Leistungsbescheid beifügen) ☐ ja ☐ nein

Die Krankenversicherung soll durchgeführt werden

☐ ohne Anspruch auf Krankengeld ☐ mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld

Mein jährliches Einkommen ☐ übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze.

☐ Alle Einkünfte gehen aus dem beiliegenden Einkommenssteuerbescheid hervor.

☐ Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezügemitteilung beifügen)

☐ Studierende/-r oder Schüler/-in (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen)

☐ Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)

☐ 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

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)

Datenschutzhinweis: Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Mitgliedsantrag nach 175 SGB V zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.

202312

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested

BIG 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 _____ 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

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

Datenschutzhinweis: Seit Mai 2018 gilt in der EU die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihr SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen nach § 76 Abs. 1 SGB V zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nur im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.

202312

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested

Aufnahme in die Familienversicherung

BIG direkt gesund

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben des Mitglieds

Name

Vorname

Versichertennummer

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)

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ LPartG ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden seit:

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.

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

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: (Ehepartner bzw. Kinder)				
Name*				
*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				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d
Geburtsdatum				
gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: (Die Bezeichnung »leibliches Kind« ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind	☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		☐ nein	☐ nein	☐ nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:				
bestand bei: (Name der Krankenkasse)				
Art der bisherigen Versicherung:	☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert	☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ nicht gesetzlich versichert
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

Datenschutzhinweis: Wir erfragen in diesem Formular Ihre Daten, damit wir das Versicherungsverhältnis und die Familienversicherung beurteilen können. Dafür sind wir auf Ihr Mitwirken angewiesen (§§ 10 Abs. 6, 289 SGB V). Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Wir speichern Ihre Daten längstens für 6 Jahre nach dem Ende der Versicherung.

202312

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested

BIG direkt gesund

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ 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?	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Schulbesuch/Studium vom/bis (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J
		T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J
Wehr- oder Zivildienst vom/bis (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J
		T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J	T | T | M | M | J | J

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«.

Ort | Datum | Unterschrift Mitglied

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.

202312

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested

Bild für die eGK

BIG direkt gesund

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

Foto bitte hier aufkleben.

☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Persönliche Angaben (Ehe-/Lebenspartner/-in)

3,5 x 4,5 cm

Foto bitte hier aufkleben.

☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Persönliche Angaben (1. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Foto bitte hier aufkleben.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Persönliche Angaben (2. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Foto bitte hier aufkleben.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Persönliche Angaben (3. Kind)

3,5 x 4,5 cm

Foto bitte hier aufkleben.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datenschutz bei der BIG: Seit Mai 2018 gilt in der EU die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. Mit diesem Formular erbitten wir Ihr Foto, um Ihnen eine Versichertenkarte nach § 291 SGB V zuzusenden. Ihre personenbezogenen Daten und Ihr Foto geben wir im Rahmen gesetzlicher Vorschriften an den Hersteller der Karte weiter. Aus technischen Gründen können wir Ihnen Ihr Foto leider nicht zurücksenden. Wir speichern Ihr Foto, solange Sie bei uns versichert sind. So können wir Ihnen bei Bedarf unkompliziert eine neue Versichertenkarte ausstellen. Sollten Sie nicht mehr bei der BIG versichert sein, löschen wir Ihr Foto. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Fotos nicht möglich ist, erhalten eine Versichertenkarte ohne Foto.

202312

Die Krankenkasse direkt für Dich.

BIG direkt gesund · Rheinische Straße 1 · 44137 Dortmund
Fax 0231 5557-199 · info@big-direkt.de
Kostenloser 24 h-Direktservice **0800 5456 5456**

Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:
big-direkt.de/datenschutz

TÜV SAARLAND GUT (2,0) Kundenurteil 10/2023 tuev-saar.de/SC45728 Service tested