

Mitglied werden bei der BIG direkt gesund

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/218>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

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	
<input type="checkbox"/> Ich habe seit/ab dem <input type="text"/> 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="checkbox"/> Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in (Bitte Rentenbescheid beifügen)
<input type="text"/> Kundennummer	<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 Bäumler
Datenschutzbeauftragter: datenschutz@big-direkt.de

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (ZUB)

Vermittlernummer (nur für interne Zwecke)



Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Absender:

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift