

► **Direkter geht Krankenkasse nicht.**



direkt gesund

# IHR WECHSEL ZUR BIG EINFACH UND DIREKT.



## 1. Kündigen

Alte Krankenkasse kündigen und Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse an die BIG senden.

## 2. Beantragen

**Mitgliedsantrag** ausfüllen und an die BIG senden. Oder ganz einfach Online-Antrag nutzen: [big-direkt.de/antrag](http://big-direkt.de/antrag)



Ihre Angehörigen versichern wir gern beitragsfrei mit. Bitte füllen Sie dazu den **3 Aufnahme in die Familienversicherung** aus.

Für Ihre persönliche elektronische Gesundheitskarte (eGK) schicken Sie uns bitte ein aktuelles Foto. Bitte nutzen Sie hierzu

**4 Bild für die elektronische Gesundheitskarte**. Oder laden Sie Ihr Foto online hoch unter: [big-direkt.de/bild-hochladen](http://big-direkt.de/bild-hochladen)



## 3. Fertig!

Sobald der Wechsel perfekt ist, profitieren Sie von den Vorteilen der BIG: [big-direkt.de/vorteilsrechner](http://big-direkt.de/vorteilsrechner)

# GUT ZU WISSEN.

## Welcher Mitgliedsantrag für wen?

- :: Sie sind Arbeitnehmer/-in, Auszubildende/-r, Rentner/-in oder Leistungsbezieher/-in bei der Agentur für Arbeit? Dann füllen Sie bitte den **Mitgliedsantrag 1** aus!
- :: Sie sind selbstständig tätig, Beamtin/Beamter, Studierende/-r oder Schüler/-in? Dann füllen Sie bitte den **Mitgliedsantrag 2** für **freiwillige BIG-Mitglieder** aus!

## Wichtige Fristen

- :: Die Kündigungsfrist bei der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt zwei volle Kalendermonate zum Monatsende.
- :: Die Bindungsfrist – also die Mindestdauer einer Mitgliedschaft – beträgt grundsätzlich 18 Monate.
- :: Beim Ausscheiden aus der Familienversicherung ist ein sofortiger Wechsel zur BIG möglich.

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



# 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





# 3 AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG



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/i 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)	<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"/>
*Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr/Ihre Ehe-/Lebenspartner/-in bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<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
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

## ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung endete am:	<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"/>

## 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 Verpächter, Einkünfte aus Kapitalvermögen) 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 (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“.

<input type="text"/>	<input type="text" value="T   T   M   M   J   J"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift Mitglied
<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.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich.  
Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben.  
Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet

# 4 BILD FÜR DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE



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: [www.big-direkt.de/bild-hochladen](http://www.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 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## PERSÖNLICHE ANGABEN (EHE-/LEBENSPARTNER/-IN)

**3,5 x 4,5 cm**

Foto bitte hier aufkleben.

Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## PERSÖNLICHE ANGABEN (1. KIND)

**3,5 x 4,5 cm**

Foto bitte hier aufkleben.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## PERSÖNLICHE ANGABEN (2. KIND)

**3,5 x 4,5 cm**

Foto bitte hier aufkleben.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

## PERSÖNLICHE ANGABEN (3. KIND)

**3,5 x 4,5 cm**

Foto bitte hier aufkleben.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

### Datenschutz

- Zur eindeutigen Identifikation wird die neue Gesundheitskarte auf der Vorderseite ein Foto enthalten (§ 291 SGB V).
- Nur Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Fotos nicht möglich ist, erhalten eine eGK ohne Foto.
- Für die Erstellung einer Versichertenkarte mit Foto ist es erforderlich, dass der beauftragte Kartenhersteller das Foto digital speichert. Der Kartenhersteller ist verpflichtet, das digitalisierte Foto geschützt aufzubewahren. Eine Fotorückgabe ist leider nicht möglich.
- Die Speicherung ist aufgrund technischer Verfahren zwingend erforderlich.
- Die Aufbewahrung der Bilddaten ermöglicht es bei Verlust, Beschädigung oder Namensänderung sofort eine neue Karte auszustellen.

BE6K 201512



An die Krankenkasse:

.....  
.....  
.....  
.....

Absender

.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_/\_\_\_201\_\_

**Kündigung meiner Mitgliedschaft, Krankenversicherungs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Da Sie einen Zusatzbeitrag erheben, nehme ich mein Sonderkündigungsrecht in Anspruch.

Bitte senden Sie mir eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung in den nächsten 14 Tagen zu.

Bitte sehen Sie von Rückwerbeversuchen ab.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift

**Versand- und Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung**

Hiermit bevollmächtige ich Sie, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist direkt an meine neue Krankenkasse zu senden: BIG direkt gesund, Rheinische Str.1, 44137 Dortmund oder per Fax 0231.5557-199.

.....  
Unterschrift