

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 <https://wiwo.kassensuche.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

Ich werde ab _____ (TT/MM/JJ) **BIG-Mitglied**

Ich wurde geworben von _____
BIG-Versichertennummer meines Werbers

Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.

Persönliche Angaben

männlich weiblich unbestimmt divers Familienstand ledig verheiratet verwitwet geschieden LPartG

Name _____ Vorwahl _____ Rufnummer _____
Vorname _____ E-Mail _____
Geburtsname _____ Straße _____ Hausnummer _____
Geburtsdatum (TT/MM/JJ) Geburtsort _____ Adresszusatz _____
Renten-/Sozialversicherungsnummer _____ PLZ _____ Ort _____
Steuer-Identifikationsnummer (sofern bekannt) _____ Versichertennummer _____

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

Krankenkasse/Krankenversicherung _____ selbst versichert familienversichert privat versichert im Ausland versichert
Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____
 Ich habe seit/ab dem _____ (TT/MM/JJ) eine Änderung in meinem Versicherungsverhältnis (z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel).

Ich bin

Arbeitnehmer/-in selbstständig tätig seit _____ (TT/MM/JJ)
 Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze. wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden
Arbeitgeber _____ Gründungszuschuss (Bitte Leistungsbescheid beifügen) ja nein
Straße _____ Hausnummer _____ Die Krankenversicherung soll durchgeführt werden
PLZ _____ Ort _____ ohne Anspruch auf Krankengeld mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld
 zusätzlich selbstständig tätig Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze.
 Sozialgeldbezieher/-in (Bitte Leistungsbescheid beifügen) Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r (Bitte Bezügemittelung beifügen)
 Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter (Bitte Leistungsbescheid beifügen) Studierende/-r oder Schüler/-in (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen)
Kundennummer _____ 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 (TT/MM/JJ) _____ Unterschrift _____
Vermittlernummer (nur für interne Zwecke) _____

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

über gesetzlicheKrankenkassen

ensuche (WIWO)



Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

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