

# Zurück an die BIG

Versichertennummer:

## Vollmacht zur Einkommensüberprüfung

### Persönliche Daten

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Zur Prüfung der Grundlage für die Beitragsberechnung durch die BIG direkt gesund, erteile ich hiermit der nachstehend genannten Person/Firma die Vollmacht, für mich Angaben im Fragebogen zur Berechnung meiner Beiträge zu meinen Vermögensdispositionen (auch zu den nicht steuerpflichtigen Einkünften) mitzuteilen sowie Einkommensnachweise einzureichen.

Die Einreichung der erforderlichen Einkommensnachweise erfolgt über die nachstehende Person/Firma.

Diese Vollmacht kann durch mich jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Name, Vorname  
Name der Firma

Anschrift:

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift des/r Versicherten

### Bei Fragen bin ich erreichbar

E-Mail:

Telefon:

### Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	info@big-direkt.de
Fax:	0231.5557-199
Post:	BIG direkt gesund Postfach 10 06 42 44006 Dortmund

#### Datenschutz bei der BIG

Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Vollmacht nach § 13 SGB X 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.