

DANKE, DASS SIE UNS
EMPFEHLEN MÖCHTEN!



„ Das Glück
verdoppelt sich,
wenn man es teilt.

WÜNSCHEN SIE IHREN FREUNDEN
EIN GESUNDES LEBEN MIT DEN
VORTEILEN* DER BKK HERKULES.

- ✓ Top-Kundenservice mit persönlichen Ansprechpartnern
- ✓ 70 € Zuschuss für das Training im Fitnessstudio
- ✓ Kostenfreie professionelle Zahnreinigung
- ✓ 90 % Kostenübernahme bei Reise- und Schutzimpfungen
- ✓ 100 € Zuschuss für pflanzliche Arzneimittel
- ✓ Online Servicepoint – meine BKK
und vieles mehr!



*Im Rahmen der Satzungsleistungen der BKK Herkules.



www.bkk-herkules.de

FREUNDE WERBEN
20 € ALS DANKESCHÖN

HABEN SIE FRAGEN?
WIR BERATEN SIE GERNE!

Betriebskrankenkasse Herkules
Jordanstraße 6 | 34117 Kassel
Tel.: 0561 20855 - 0
Fax: 0561 20855 - 66

www.bkk-herkules.de
service@bkk-herkules.de



Rechtsstand: Januar 2020



WIR BEDANKEN UNS MIT 20 €
FÜR IHR GEWORBENES MITGLIED
– EMPFEHLEN LOHNT SICH!

1. PERSÖNLICHE DATEN DES WERBERS

Name, Vorname
Geburtsdatum
Telefon (freiwillig)
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Name der Bank für die Prämienauszahlung
IBAN

Die 20 €-Werbeprämie wird bei Zustandekommen einer neuen Mitgliedschaft ca. 6 Wochen nach Mitgliedschaftsbeginn ausbezahlt.

Datum	Unterschrift*
-------	---------------

2.1 BITTE SENDEN SIE UNVERBIND- LICH INFORMATIONEN ZU

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Derzeitige Krankenkasse
Telefon (freiwillig)
E-Mail (freiwillig)

Ja, ich bin damit einverstanden, von der BKK Herkules telefonisch oder per E-Mail über eine Mitgliedschaft informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu, dies kann ich jederzeit widerrufen.

Datum	Unterschrift*
-------	---------------



3. WERBEPRÄMIE EINREICHEN

Per E-Mail: bonus200@bkk-herkules.de

Per Online Servicepoint: **Upload im Nachrichtenpostfach**
<https://www.bkk-herkules.de/service/online-servicepoint/>

Per Post: BKK Herkules | Jordanstraße 6 | 34117 Kassel



Antrag
einfach als
Foto zurück-
senden!

2.2 MITGLIEDSANTRAG (OPTIONAL)

Ich möchte hiermit **Mitglied der BKK Herkules** werden.

Persönliche Daten:

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Name, Vorname		
Geburtsname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Telefon (freiwillig)		
E-Mail (freiwillig)		
Derzeitige Krankenkasse	seit:	
Ich bin:	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r
	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber/in
	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/in	<input type="checkbox"/> Rentner/in
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____
gewünschter Eintrittstermin		
Arbeitgeber		
Straße, Hausnummer (Arbeitgeber)		
PLZ, Ort (Arbeitgeber)		
<input type="checkbox"/> Ich habe noch Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen.		
Datum	Unterschrift*	

* Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die Speicherung meiner persönlichen Daten ein. **Datenschutzhinweis (§ 67 a SGB X):** Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI. Freiwillige Angaben kann ich jederzeit widerrufen.

Informationen zum Datenschutz www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz/

