

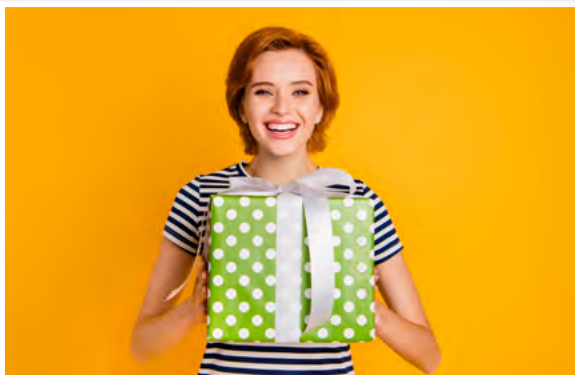
DANKE, DASS SIE UNS
EMPFEHLEN MÖCHTEN!



„ Das Glück
verdoppelt sich,
wenn man es teilt.

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

- ✓ Direkte Durchwahl zu Ihrem Sachbearbeiter
– keine Warteschleife am Telefon
- ✓ Zuschuss für das Training im Fitnessstudio
- ✓ Attraktive Bonusprogramme für Groß und Klein
- ✓ Kostenfreie professionelle Zahnreinigung
- ✓ Kostenübernahme bei Reise- und Schutzimpfungen
- ✓ Zuschuss für alternative Arzneimittel und
Heilmethoden
- ✓ Zuschuss zu (Online-)Gesundheitskursen
und vieles mehr!



*Im Rahmen der Satzungsleistungen der BKK Herkules.

www.bkk-herkules.de

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: Februar 2025



FREUNDE WERBEN
30 € ALS DANKESCHÖN



WIR BEDANKEN UNS MIT 30 €
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 30 €-Werbepremie wird bei Zustandekommen einer neuen Mitgliedschaft ca. 6 Wochen nach Mitgliedschaftsbeginn ausgezahlt.

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 die Vorteile der BKK Herkules informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu, dies kann ich jederzeit widerrufen.

Datum	Unterschrift* (Bei postalischem Versand nicht notwendig)
-------	--



3. WERBEPREMIE EINREICHEN

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

Per Onliniefiliale: Upload im Nachrichtenpostfach
www.bkk-herkules.de/service/onliniefiliale/

Per Post: BKK Herkules | Jordanstraße 6 | 34117 Kassel

2.2 MITGLIEDSANTRAG (OPTIONAL)

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

Persönliche Daten:

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbestimmt
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"/> Student/in	
	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber/in	<input type="checkbox"/> Rentner/in	
	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/in	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

gewünschter Eintrittstermin
Arbeitgeber
Straße, Hausnummer (Arbeitgeber)
PLZ, Ort (Arbeitgeber)

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 werden zur Kontaktaufnahme und Information über Leistungen und Services der BKK Herkules genutzt. Diese Angaben kann ich jederzeit widerrufen.