



Bonusheft

## Neumitglieder Bonus

### Teilnahmebedingungen

Voraussetzungen zur Teilnahme: Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Neumitglieder erhalten einen einmaligen Bonus i.H.v. **60 €**, wenn sie entsprechend ihres Alters zwei der nachfolgend genannten Kriterien nachweisen:

- **KREBSVORSORGE** <sup>1</sup>
- **CHECK-UP/BZW. KINDER- UND JUGEND-ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG** <sup>2/A</sup>
- **ZAHNVORSORGE** <sup>3/C</sup>
- **BMI** <sup>4/D</sup>
- **BLUTSPENDE** <sup>5</sup>
- **IMPFSCHUTZ GEMÄSS DER STIKO-EMPFEHLUNG** <sup>6</sup>
- **REGELMÄSSIGER SPORT** <sup>7</sup>
- **DSV-SPORTABZEICHEN** <sup>8</sup>
- **NICHTRAUCHER SEIT MINDESTENS 1 JAHR** <sup>9/B</sup>
- **PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG** <sup>10</sup>
- **SELBSTFINANZIERTES HAUTKREBSSCREENING** <sup>11</sup>
- **GESUNDHEITSWERTE IM NORMBEREICH** <sup>12</sup>
- **QUALITÄTSGESICHERTE MASSNAHME ZUR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR KINDER** <sup>13</sup>
- **REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN KNOCHENMARK-SPENDERDATEI** <sup>14</sup>

### Auszahlung des Bonus

Das Bonusheft für Neumitglieder muss innerhalb von 3 Monaten nach Mitgliedschaftsbeginn eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist eingereichte Bonushefte können leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Sofern das Bonusheft aufgrund fehlender Angaben seitens der BKK Herkules reklamiert werden muss, sind die fehlenden Angaben innerhalb von 4 Wochen nach Reklamation schriftlich einzureichen.

Als Neumitglied gilt, wer in den letzten zwölf Monaten nicht bei der BKK Herkules aufgrund einer eigenen Mitgliedschaft versichert war.

<sup>1-14 + A-D</sup> weitere Infos im Flyer „Unser Bonusprogramm“

Dieses Bonusheft passt zusammengefalzt in Ihre Brieftasche.



### Persönliche Angaben des Neumitgliedes

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Versicherten-Nr. (siehe Versichertenkarte)

Geburtsdatum

### Bankverbindung

Bitte überweisen Sie die Auszahlung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name der Bank

Haben Sie zwei Kriterien erfüllt, senden Sie Ihr Bonusheft bitte an uns zurück:

**BKK Herkules , Jordanstraße 6, 34117 Kassel.** Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne unter unserer kostenlosen Telefonnummer **0800 255 1 255** zur Verfügung. Schreiben Sie uns eine E-Mail an: **info@bkk-herkules.de** oder besuchen Sie uns im Internet >> **www.bkk-herkules.de**

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des **Neumitglieder Bonus**. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Zahlung dem Finanzamt gemeldet wird.

Ort, Datum

Unterschrift\*

\*(bei Kindern Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

## Kriterien und Voraussetzungen für Neumitglieder

**KREBSVORSORGE** (Männer ab 45 Jahren/Frauen ab 20 Jahren:  
Jährliche Genitaluntersuchung zur Früherkennung von Prostata-  
bzw. Gebärmutterhalskrebs)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**BLUTSPENDE**

Datum:

Unterschrift und Stempel (alternativ Kopie Blutspendeausweis)

**PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG  
(U-UNTERSUCHUNGEN + J1)**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**IMPFSCHUTZ GEMÄSS STIKO-EMPFEHLUNG**  
(Tetanus, Diphtherie, Polio)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**SELBSTFINANZIERTES PRÄVENTIVES HAUTKREBS-  
SCREENING**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**CHECK-UP** (ab 35 Jahren, alle 2 Jahre)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**ICH TREIBE REGELMÄSSIG SPORT UND ZWAR**

Datum:

Stempel Sportverein o. ä.  
Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter

**GESUNDHEITSWERTE IM NORMBEREICH**  
(BLUTDRUCK, BLUTZUCKER, CHOLESTERIN)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**ZAHNVORSORGE** (ab 6 Jahren 1 x jährlich)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**DSV SPORTABZEICHEN**

Datum:

Unterschrift und Stempel Sportverein  
(oder Kopie Urkunde)

**QUALITÄTSGESICHERTE MASSNAHME ZUR  
ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR KINDER**

Datum:

Unterschrift und Stempel des Anbieters

**BODY-MASS-INDEX = \_\_\_\_\_**

Gewicht (kg) \_\_\_\_\_ Größe (m) \_\_\_\_\_

Unterschrift und Praxisstempel (alternativ Stempel  
Apotheke oder BKK Herkules vor Ort)

**ICH BIN NICHTRAUCHER –  
SEIT MINDESTENS EINEM JAHR**

Datum:

Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter

**REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN  
KNOCHENMARKSPENDERDATEI**

Nachweis in Kopie beifügen