



Bonusheft

Neumitglieder Bonus

Beantragung des Bonus:

Persönliche Angaben des Neumitgliedes

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Versicherten-Nr. (siehe Versichertenkarte)

Geburtsdatum

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**
- **CHECK-UP/BZW. KINDER- UND JUGEND-ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG**
- **ZAHNVORSORGE**
- **BMI**
- **BLUTSPENDE**
- **IMPFSCHUTZ GEMÄSS DER STIKO-EMPFEHLUNG**
- **REGELMÄSSIGER SPORT**
- **DSV-SPORTABZEICHEN**
- **NICHTRAUCHER SEIT MINDESTENS 1 JAHR**
- **PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG**
- **SELBSTFINANZIERTES HAUTKREBSSCREENING**
- **GESUNDHEITSWERTE IM NORMBEREICH**
- **QUALITÄTSGESICHERTE MASSNAHME ZUR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR KINDER**
- **REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN KNOCHENMARK-SPENDERDATEI**

Detaillierte Informationen finden Sie im Flyer „Unser Bonusprogramm“.

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.

Dieses Bonusheft passt zusammengefasst in Ihre Brieftasche.



Bankverbindung

Bitte überweisen Sie meine Bonusprämie auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name der Bank

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 V zum Zwecke der Auszahlung eines Bonus nach § 65a Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ohne die erforderlichen Daten kann die Auszahlung eines Bonus nicht durchgeführt werden. **Datenübermittlung an Finanzbehörden:** Wir sind verpflichtet, Ihren Bonus jährlich auf elektronischem Weg an die Finanzämter zu melden. Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und dem Datenschutz der BKK Herkules finden Sie unter www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz

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**

Angabe meiner Kontaktdaten zur schnelleren Erreichbarkeit: Mit der Angabe meiner Telefonnummer und Emailadresse erkläre ich mich mit der Speicherung dieser Daten einverstanden. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen freiwilligen Daten ausschließlich zur künftigen Kontaktaufnahme zeitlich unbegrenzt gespeichert und genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich ein jederzeitiges Widerrufsrecht habe, welches nicht rückwirkend geltend gemacht werden kann.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und dem Datenschutz der BKK Herkules finden Sie unter www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift

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

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

**REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN
KNOCHENMARKSPENDERDATEI**

Nachweis in Kopie beifügen