

Antwort
BKK Herkules
Jordanstraße 6
34117 Kassel

Teilnahmeerklärung Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“

Ja, ich möchte am Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“ teilnehmen.
Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und stimme diesen zu.

Die Teilnahme beginnt zum nächsten Monatsersten nach dem Monat, in dem die Wahl erfolgt;
frühestens mit dem Beginn der Mitgliedschaft.

Name, Vorname

BKK Herkules-Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Telefonnummer*

PLZ, Ort

E-Mail*

Beginn der Ausbildung

Voraussichtliches Ende der Ausbildung

Die Ermächtigung zur Rückzahlung des Bonus per Lastschrift erteile ich auf dem beiliegenden
SEPA-Lastschriftmandat.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Herkules mich über Änderungen am Wahltarif
„Fit durch die Ausbildung“, aktuelle Angebote, Leistungen und Services auch telefonisch oder per
E-Mail informiert.

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

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. **Datenschutzhinweis (§ 67a 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 erhalten Sie unter www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz/

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bitte zusätzliche Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Antwort

Unsere Fax-Nr.: 0561 20855-56

BKK Herkules
Jordanstraße 6
34117 Kassel

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK Herkules, Jordanstraße 6, 34117 Kassel, Zahlungen meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Herkules auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Versicherten / Zahlungspflichtigen	
Krankenversicherungsnummer	
Adresse	

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die

BKK Herkules, Jordanstraße 6, 34117 Kassel

Name des Geldinstituts	
BIC	IBAN
Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigen identisch)	

Ort und Datum

Kontoinhaber