

## TEILNAHMEBEDINGUNGEN

**Weisen Sie zwei Bonuskriterien nach und erhalten Sie Ihren 60 € Neukundenbonus!**

Teilnahmeberechtigt sind alle Neumitglieder der BKK Herkules. Als Neumitglied gilt, wer innerhalb der letzten 12 Monate nicht als eigenständiges Mitglied bei der BKK Herkules versichert war. Des Weiteren ist eine Teilnahme am Neukundenbonus nur für Mitglieder möglich, deren Beiträge nicht von Dritten getragen werden.

## AUSZAHLUNG DES BONUS

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

Sofern das eingereichte Bonusheft aufgrund fehlender Angaben reklamiert werden muss, sind diese Angaben innerhalb von vier Wochen nach der Reklamation schriftlich nachzureichen.

Die Prämie überweisen wir auf das von Ihnen angegebene Konto. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit Ihrer Angaben und unterzeichnen Sie diese.

**WIR FREUEN UNS SEHR, SIE ALS NEUES MITGLIED BEGRÜSSEN ZU DÜRFEN!**



[www.bkk-herkules.de](http://www.bkk-herkules.de)

**60 € DANKESCHÖN**  
NEUKUNDENBONUS

## VORTEILE DER MITGLIEDSCHAFT BEI DER BKK HERKULES

- ✓ Bonusprogramme mit Barprämien bis zu 200 €
- ✓ Top-Kundenservice mit persönlichen Ansprechpartnern
- ✓ Vielzahl an Zusatzleistungen
- ✓ Wahltarif „Fit durch die Ausbildung“
- ✓ Online Servicepoint – meine BKK und vieles mehr!

**EMPFEHLEN SIE UNS WEITER**  
20 € WERBEPRÄMIE FÜR DEN WERBER  
EINES NEUMITGLIEDS ALS DANKESCHÖN

Ja, bitte senden Sie folgender Person  
unverbindliche Informationen zu!

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Geworben von:

Name/Vorname

**WIR BEDANKEN UNS MIT 60 €**  
FÜR IHRE MITGLIEDSCHAFT  
ÜBER UNSEREN AKTIVBONUS.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name
Vorname
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefon (für Rückfragen)
E-Mail
Versicherten-Nr. (siehe Versichertenkarte)
Geburtsdatum

## BITTE ÜBERWEISEN SIE DIE PRÄMIE AN:

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. 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](http://www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz)

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen freiwilligen Daten (Telefonnummer und E-Mail) 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.

Datum, Ort	Unterschrift*
------------	---------------

\* (Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir eine Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

## BONUSHEFT EINREICHEN

Per Post: **BKK Herkules | Jordanstraße 6 | 34117 Kassel**  
Per E-Mail: [bonus200@bkk-herkules.de](mailto:bonus200@bkk-herkules.de)  
Per Online Servicepoint: **Upload im Nachrichtenpostfach**  
<https://www.bkk-herkules.de/service/online-servicepoint/>

## BONUSKRITERIEN (2 Nachweise sind ausreichend!)

<b>Nichtraucher</b> seit mindestens einem Jahr	<b>Regelmäßige sportliche Aktivität</b>
Datum:	Aktivität/Sportart:
Eigene Unterschrift	Datum: Eigene Unterschrift oder Unterschrift Sportstätte
<b>BMI (Body Mass Index)</b> Wert zwischen 18 und 27	<b>DSV Sportabzeichen</b>
BMI Wert:	Datum:
Datum: Unterschrift und Stempel Arztpraxis, Apotheke oder BKK	Unterschrift und Stempel Sportverein oder Kopie Urkunde
<b>Check-up</b> Alter: Ab 35	<b>Gesundheitswerte im Normalbereich</b> Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin
Datum:	Datum:
Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Unterschrift und Stempel Arztpraxis
<b>HABEN SIE FRAGEN?</b>	<b>Impfschutz vollständig</b> (Tetanus, Diphtherie, Polio)
<b>WIR BERATEN SIE GERNE!</b>	Datum:
Telefon <b>0561 20855-0</b> <a href="mailto:service@bkk-herkules.de">service@bkk-herkules.de</a>	Unterschrift und Stempel Arztpraxis

<b>Blutspende</b>	<b>Registrierung in der deutschen Knochenmarkspenderdatei</b>
Datum (Tag der Blutspende):	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin als Spender registriert
Stempel Institution oder Kopie Blutspenderausweis	Kopie des Ausweises beifügen
<b>Professionelle Zahnreinigung</b>	<b>Zahnvorsorge</b>
Datum:	Datum:
Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Unterschrift und Stempel Arztpraxis
<b>Krebsvorsorge</b> Jährliche Genitaluntersuchung Frauen: ab 20 Jahren Männer: ab 45 Jahren	<b>Hautkrebscreening</b> (Selbstfinanziert, präventiv)
Datum:	Datum:
Unterschrift und Stempel Arztpraxis	Unterschrift und Stempel Arztpraxis
<b>Zertifizierte Kurse/ Maßnahmen für Ihre Kinder bis zum Alter von 3 Jahren</b>	<b>Kinder-/Jugendärztliche Untersuchung</b> (U-Untersuchungen + J1)
Datum:	Datum:
Unterschrift und Stempel des Anbieters	Unterschrift und Stempel Arztpraxis