

1. Auszufüllen vom Versicherten der BKK Herkules:

Ich habe das neue Mitglied geworben:

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Geburtsdatum	
E-Mail (freiwillig)		Telefon für eventuelle Rückfragen (freiwillig)	

Bitte überweisen Sie die Prämie in Höhe von 20 Euro* auf das folgende Konto:

Name Kontoinhaber		Name des Geldinstitutes	
Kontonummer (IBAN)		BLZ (BIC)	

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter: www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz/
 * Die Prämie wird ca. 6 Wochen nach Mitgliedschaftsbeginn ausgezahlt.

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

2. Auszufüllen vom Neumitglied der BKK Herkules:

Ich möchte hiermit Mitglied der BKK Herkules werden.

Bitte senden Sie mir das Bonusheft zum Erhalt der 60€ Neukundenprämie zu.

Gewünschter Eintrittstermin	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Name	Vorname		
Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Geburtsdatum	Geburtsort
Telefon für eventuelle Rückfragen (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"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in			
<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/in Arbeitsamt <input type="checkbox"/> sonstiger Personenkreis			
Arbeitgeber		Betriebsnr. (falls vorhanden)	
Straße		PLZ	Ort
<input type="checkbox"/> Ich habe noch Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen.		<input type="checkbox"/> Ich habe noch Angehörige/Bekanntem, die sich für eine Mitgliedschaft bei der BKK Herkules interessieren.	

Hiermit kündige ich meine derzeitige Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name, Vorname	Geburtsdatum oder Versichertennummer
---------------	--------------------------------------

Bitte informieren Sie mit diesem Formular meine derzeitige Krankenkasse.
 Meine Krankenkasse ist: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die Speicherung meiner persönlichen Daten ein. **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/

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