

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Weisen Sie uns zwei Bonuskriterien nach und erhalten Sie Ihren 60 € Einmalbonus!

Teilnahmeberechtigt sind alle Mitglieder der BKK Herkules. Als Mitglied gilt, wer über eine eigenständige Mitgliedschaft (Pflicht- oder freiwillig versichert) bei der BKK Herkules versichert ist. Familienversicherten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen steht jedes Jahr die Teilnahme an einem separaten Bonusprogramm zur Verfügung.

Eine gleichzeitige Teilnahme am Einmalbonus und unseren Bonusprogrammen „GesundLeben“ und „Herkulesbonus“ im selben Kalenderjahr ist nicht möglich.

Die Teilnahme am Einmalbonus ist nur einmalig während der Mitgliedschaft bei der BKK Herkules möglich.

AUSZAHLUNG DES BONUS

Das Bonusheft muss innerhalb des Kalenderjahres eingereicht werden, in dem auch die Nachweise erbracht worden sind. 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 BEDANKEN UNS FÜR IHR VERTRAUEN UND WÜNSCHEN IHNEN EIN GESUNDES LEBEN!



www.bkk-herkules.de

**60 € DANKESCHÖN
IHR EINMALBONUS**

VORTEILE DER MITGLIEDSCHAFT BEI DER BKK HERKULES

- ✓ Bonusprogramme mit Barprämien
- ✓ Top-Kundenservice mit persönlichen Ansprechpartnern
- ✓ Vielzahl an Zusatzleistungen
- ✓ Unsere App „Onlinefiliale – meine BKK“ und vieles mehr

**EMPFEHLEN SIE UNS WEITER
25 € 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
FÜR IHR VERTRAUEN.**

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

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 Onlinefiliale: **Upload im Nachrichtenpostfach**
<https://www.bkk-herkules.de/service/onlinefiliale/>

BONUSKRITERIEN (2 Nachweise sind ausreichend!)

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

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