MITGLIEDSANTRAG
BKK HERKULES

BKK HERKULES

60 € Einmalbonus + Exklusive Herkules-Leistungen

An die
BKK Herkules
Jordanstraße 6
34117 Kassel

Als Scan/Foto an:
E-Mail: service@bkk-herkules.de
Fax: 0561 20855-66

Empfehlen Sie uns gerne weiter

☐ **Ich möchte hiermit Mitglied der BKK Herkules werden zum** _____ **(voraussichtliches Eintrittsdatum)**

☐ **Bitte senden Sie mir das Bonusheft zum Erhalt des Einmalbonus zu.**

Name	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
Vorname	Rentenversicherungsnr. (falls vorliegend)
Straße / Hausnummer	Geburtsname / Geburtsdatum
PLZ / Ort	Geburtsort / Geburtsland
Telefon für eventuelle Rückfragen (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)
Derzeitige Krankenkasse	seit:

Ich bin: ☐ Arbeitnehmer/in ☐ Auszubildende/r ☐ Student/in ☐ Selbstständige/r (Steuerbescheid) ☐ Rentner/in (Rentenbescheid)
☐ Leistungsbezieher/in Agentur für Arbeit oder Jobcenter (Leistungsbescheid) ☐ sonstiger Personenkreis:

Arbeitgeber	Beschäftigt seit	Betriebsnr. (falls vorhanden)
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort	

☐ Ich habe noch Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen. **Hier gehts zum Antrag auf Familienversicherung »**

☐ Ich habe noch Angehörige/Bekannte, die sich für eine Mitgliedschaft bei der BKK Herkules interessieren.

Ich bin auf die BKK Herkules aufmerksam geworden durch:

☐ Empfehlung von Familie/Freunden ☐ Online-Vergleichsportal ☐ Internet-Recherche/ Webseite BKK Herkules ☐ Werbung (konkret)

☐ Mitarbeiter der BKK Herkules (Name) ☐ Sonstiges

Wir übernehmen für Sie die Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse. Nach erfolgreichem Abschluss des Verfahrens erhalten Sie von uns eine Mitgliedsbescheinigung. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber über den Krankenkassenwechsel. Für Ihre neue Versicherungskarte lassen Sie uns bitte mit diesem Antrag ein Foto (Lichtbild) zukommen. Alle Unterlagen können Sie auch auf elektronischem Weg (siehe oben) einreichen.

Wir bedanken uns und freuen uns, Sie schon bald als „Herkules-Mitglied“ begrüßen zu dürfen!

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	

Interner Vermerk Homepage

Senden Sie uns dieses Formular gerne als Foto oder Scan an: service@bkk-herkules.de

Tel: 0561 20855-600
Fax: 0561 20855-66