



Mitglieder und familienversicherte Ehegatten  
**Bonusheft Bonus<sup>200</sup>**

### Teilnahmebedingungen

Voraussetzungen zur Teilnahme: Die Teilnahme am Bonusprogramm ist freiwillig. Alle Versicherten jeder Altersklasse können am Bonusprogramm teilnehmen. Je Versichertenstatus ergeben sich die nachfolgenden maximal zu erzielenden Bonushöhen:

**Mitglieder:** 200 € (sofern seit mindestens 12 Monaten eine Mitgliedschaft bei der BKK Herkules besteht)

**Familienversicherte Ehegatten:** 20 €

*\*weitere Infos im Flyer „Unser Bonusprogramm“*

### Auszahlung des Bonus

Das Bonusheft für Mitglieder und familienversicherte Ehegatten, muss bis spätestens zum 31. März des Folgejahres eingereicht werden.

Nach Ablauf dieser Frist eingereichte Bonushefte können leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Sofern das Bonusheft aufgrund fehlender Angaben seitens der BKK Herkules reklamiert werden muss, sind die fehlenden Angaben innerhalb von 4 Wochen nach Reklamation schriftlich einzureichen.

Haben Sie alle Kriterien erfüllt, senden Sie Ihr Bonusheft bitte an uns zurück:

**BKK Herkules, Jordanstraße 6, 34117 Kassel.** Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne unter unserer kostenlosen Telefonnummer **0800 255 1 255** zur Verfügung. Schreiben Sie uns eine E-Mail an: **info@bkk-herkules.de** oder besuchen Sie uns im Internet >> **www.bkk-herkules.de**

**Für das Jahr** \_\_\_\_\_ (Bitte Kalenderjahr eintragen)

### Persönliche Angaben\*

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Versicherten-Nr. (siehe Versichertenkarte)

Geburtsdatum

\*Bei Beantragung des Bonus für **familienversicherte Ehegatten** bitte hier die Daten des betreffenden Versicherten eintragen.

### Bankverbindung

Bitte überweisen Sie die Auszahlung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name der Bank

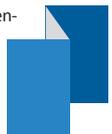
Ort, Datum

Unterschrift\*

\*(bei Kindern Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des **Bonus<sup>200</sup>**. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Zahlung dem Finanzamt gemeldet wird.

Dieses Bonusheft passt zusammengefasst in Ihre Brieftasche.



### Mindestvoraussetzungen für Mitglieder und familienversicherte Ehegatten (ab 16 Jahren)

Für Mitglieder sowie familienversicherte Ehegatten ab 16 Jahren gelten, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die folgenden 4 Mindestvoraussetzungen zum Erhalt des Bonus:

- **KREBSVORSORGE**<sup>01</sup> (gesetzliche Vorsorge: Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren)
- **CHECK-UP**<sup>02</sup> (ab 35 Jahren, alle zwei Jahre)
- **ZAHNVORSORGE**<sup>03</sup> (1 x jährlich)
- **NORMALGEWICHT**<sup>04</sup> (BMI zwischen 18 und 27)

Für Mitglieder ergibt sich hieraus ein Grundbonus i.H.v. **50 €**, für familienversicherte Ehegatten ist der Maximalbonus auf **20 €** begrenzt.

Alle Maßnahmen sind im entsprechenden Bonusjahr zu erbringen (Datum).

**Ausnahme:** Check-Up nur alle zwei Jahre.

<sup>1-4</sup>weitere Infos im Flyer „Unser Bonusprogramm“

#### KREBSVORSORGE

(Jährliche Genitaluntersuchung zur Früherkennung von Prostata- bzw. Gebärmutterhalskrebs)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

#### CHECK-UP

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

#### ZAHNVORSORGE

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**BODY-MASS-INDEX** = \_\_\_\_\_

Gewicht (kg) \_\_\_\_\_ Größe (m) \_\_\_\_\_

Unterschrift und Praxisstempel (alternativ Stempel Apotheke oder BKK Herkules vor Ort)

Mitglieder können den Grundbonus mit zusätzlichen Kriterien (insgesamt 10 Stück) weiter aufstocken, sofern sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind. Jedes weitere nachgewiesene Kriterium erhöht den Bonus um jeweils **15 €**. Insgesamt können Mitglieder somit einen Bonus i.H.v. **200 €** erzielen. Für familienversicherte Ehegatten ist der umseitige Maximalbonus auf **20 €** begrenzt. Bei den zusätzlichen Kriterien handelt es sich um:

- **BLUTSPENDE** <sup>5</sup>
- **IMPFSCHUTZ GEMÄSS DER STIKO-EMPFEHLUNG** <sup>6</sup>
- **REGELMÄSSIGER SPORT** <sup>7</sup>
- **DSV-SPORTABZEICHEN** <sup>8</sup>
- **NICHTRAUCHER SEIT MINDESTENS 1 JAHR** <sup>9</sup>
- **PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG** <sup>10</sup>
- **SELBSTFINANZIERTES HAUTKREBSSCREENING** <sup>11</sup>
- **GESUNDHEITSWERTE IM NORMBEREICH** <sup>12</sup>
- **QUALITÄTSGESICHERTE MASSNAHME ZUR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR KINDER** <sup>13</sup>
- **REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN KNOCHENMARK-SPENDERDATEI** <sup>14</sup>

**BLUTSPENDE**

Datum:

Unterschrift und Stempel (alternativ Kopie Blutspendeausweis)

**IMPFSCHUTZ GEMÄSS STIKO-EMPFEHLUNG**  
(Tetanus, Diphtherie, Polio)

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**ICH TREIBE REGELMÄSSIG SPORT UND ZWAR**

Datum:

Stempel Sportverein o. ä.  
Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter

**DSV SPORTABZEICHEN**

Datum:

Unterschrift und Stempel Sportverein (oder Kopie Urkunde)

**ICH BIN NICHTRAUCHER – SEIT MINDESTENS EINEM JAHR**

Datum:

Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigter

**PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**SELBSTFINANZIERTES PRÄVENTIVES HAUTKREBSSCREENING**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**GESUNDHEITSWERTE IM NORMBEREICH (BLUTDRUCK, BLUTZUCKER, CHOLESTERIN)**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**QUALITÄTSGESICHERTE MASSNAHME ZUR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG FÜR KINDER (BIS ZUM ALTER VON 3 JAHREN)**

Datum:

Unterschrift und Stempel des Anbieters

**REGISTRIERUNG IN DER DEUTSCHEN KNOCHENMARKSPENDERDATEI**

Nachweis in Kopie beifügen

<sup>5-14</sup> weitere Infos im Flyer „Unser Bonusprogramm“

Mitglieder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres müssen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die folgenden 4 Mindestvoraussetzungen erfüllen:

- **KINDER- BZW. JUGENDUNTERSUCHUNG** <sup>A</sup> (gesetzliche Vorsorge)
- **ZAHNVORSORGE** <sup>B</sup> (1 x jährlich ab 6 Jahren)
- **NORMALGEWICHT** <sup>C</sup> (BMI zwischen 15 und 21)
- **NICHTRAUCHER** <sup>D</sup>

Für Mitglieder ergibt sich hieraus ein Grundbonus i.H.v. **50 €**.

<sup>A-D</sup> weitere Infos im Flyer „Unser Bonusprogramm“

Name/Vorname des Kindes

Versicherten-Nr. (siehe Versichertenkarte)

Geburtsdatum

**KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG (U-UNTERSUCHUNGEN + J1)**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**ZAHNVORSORGE**

Datum:

Unterschrift und Praxisstempel

**NICHTRAUCHER**

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**BODY-MASS-INDEX = \_\_\_\_\_**

Gewicht (kg) \_\_\_\_\_ Größe (m) \_\_\_\_\_

Unterschrift und Praxisstempel (alternativ Stempel Apotheke oder BKK Herkules vor Ort)