

# Teilnahmeerklärung am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir die Teilnahmebedingungen für das Bonusprogramm erhalten habe(n). Mit der Anmeldung zum Bonusprogramm erkenne(n) ich/wir die vorgenannten Teilnahmebedingungen und die Satzungsbestimmungen in der jeweils geltenden Fassung an. Sollten gesetzliche Regelungen zur Aufhebung von Teilen oder des gesamten Bonussystems führen, kann der Anspruch auf eine Auszahlung ganz oder teilweise entfallen.

## A. Angaben zum Versicherten (Bitte ausfüllen oder Zutreffendes ankreuzen.)

Ich möchte am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen.

<input type="checkbox"/> ja	Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift des Versicherten oder des gesetzl. Vertreters

## B. Angaben zum familienversicherten Ehepartner

Ich möchte am Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten teilnehmen.

<input type="checkbox"/> ja	Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift des familienversicherten Ehepartners

## C. Angaben zu familienversicherten Kindern (Kinder ab dem 15. Lebensjahr bitte selbst unterschreiben)

1. Folgendes Kind möchte ebenfalls am Bonusprogramm teilnehmen:

<input type="checkbox"/> ja	Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. des Kindes

2. Folgendes Kind möchte ebenfalls am Bonusprogramm teilnehmen:

<input type="checkbox"/> ja	Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. des Kindes

3. Folgendes Kind möchte ebenfalls am Bonusprogramm teilnehmen:

<input type="checkbox"/> ja	Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. des Kindes

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.