



Gesundheit in
besten Händen

Teilnahmeerklärung

AOK PLUS Bonusprogramm

Belohnen Sie sich jetzt für Ihr gesundheitsbewusstes Verhalten.

Ja, ich bin bei der AOK PLUS versichert.

Ich wähle ab * das Bonusprogramm der AOK PLUS.

Persönliche Daten

Name*	
Vorname*	
Versichertennummer*	
Telefon (für Fragen)	
E-Mail (für Fragen)	
Steuer-ID*	

*Bitte füllen Sie die Pflichtfelder aus, damit das Dokument ausgedruckt werden kann.

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung bis zum 31.12. des ersten Teilnahmejahres an:

AOK PLUS, 8412-ZKS, 09099 Chemnitz

Die Teilnahmebedingungen und weitere wichtige Infos finden Sie unter:

www.aokplus.de/bonus

Mein Bonus soll auf folgende Bankverbindung ausgezahlt werden

Name, Vorname des Kontoinhabers**	
IBAN**	
BIC	
Bankinstitut**	
Datum/Unterschrift** Bei Mitgliedern unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.	
X	

** Bitte füllen Sie die Pflichtfelder aus, damit das Dokument ausgedruckt werden kann.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung der Daten ist zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ohne Ihre Angaben ist eine Bonusauszahlung nicht möglich. Die Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben.

KI