

## PERSÖNLICHE DATEN

Vorname / Name

Straße

PLZ / Wohnort

Vorwahl / Telefonnummer

## BANKDATEN

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC (Internationale Bankleitzahl)

## JAHR / KV-NUMMER / UNTERSCHRIFT

Bonuspass für  
das Kalenderjahr

KV-Nummer (siehe Versichertenkarte)

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Zahlung der Prämie dem Finanzamt gemeldet wird.



VORSORGE &  
GESUNDHEIT

40€

mindestens 2  
erfüllte Punkte

### Ärztliche Gesundheitsuntersuchung

(Check-Up)



Stempel des Arztes

BASIS

40€

Mindestpunktzahl 3 Punkte  
im Basisbereich sind Pflicht

AKTIVITÄT

40€

Mit weiteren erreichten 3 Punkte im Bereich  
Aktivität steigern Sie Ihre Bonus-Prämie

### Vollständiger Impfstatus gem. STIKO



Stempel des Arztes

### Mitglied in einem Sportverein

mit Inanspruchnahme regelmäßiger Bewegungsangebote



Stempel des Übungsleiters oder Trainers

### Gültiges Sportabzeichen

des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

Stempel des Veranstalters oder Teilnahmekopie

### Blutzucker- und Cholesterinwert im Normbereich

Ärztliche Bestätigung



Stempel des Arztes

### Nichtraucherstatus

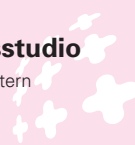
Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs oder  
ärztliche Bestätigung, dass seit mindestens 6 Monaten  
nicht geraucht wurde



Stempel des Arztes oder eines anerkannten Leistungserbringers

### Mitglied in einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio

oder bei vergleichbaren, qualifizierten Anbietern



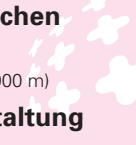
Stempel des Arztes oder eines anerkannten Leistungserbringers

### Teilnahme an einer öffentlichen Sportveranstaltung

im Ausdauerbereich (Laufstrecken ab 2.000 m)

### oder an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung

Bestätigung eines zertifizierten Übungsleiters eines  
Sport- und Wandervereins oder Teilnahme-Urkunde /  
Finisher-Urkunde



Bestätigung des Übungsleiters / Teilnahme-Urkunde / Finisher-Urkunde

### Durchführung einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung

Stempel des Arztes oder eines anerkannten Leistungserbringers



### Zahnprophylaxeuntersuchung



Stempel des Zahnarztes

### Zertifizierter Präventionskurs

Stempel eines anerkannten Leistungserbringers

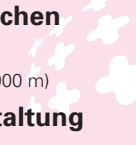


### Teilnahme an einer öffentlichen Sportveranstaltung

im Ausdauerbereich (Laufstrecken ab 2.000 m)

### oder an einer Sportveranstaltung unter qualifizierter Leitung

Bestätigung eines zertifizierten Übungsleiters eines  
Sport- und Wandervereins oder Teilnahme-Urkunde /  
Finisher-Urkunde



Bestätigung des Übungsleiters / Teilnahme-Urkunde / Finisher-Urkunde

### Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Stempel des Arztes



### Body-Maß-Index

entweder im Normbereich oder auf natürlichem Weg  
um 2 BMI-Punkte gesenkt



Stempel des Arztes / der Apotheke oder eines anerkannten Leistungserbringers

### Teilnahme am Hochschulsport

Stempel / Nachweis der Hochschule



### Hinweis:

Als Familie können Sie zusätzlich mit  
Ihren Kindern unter 16 Jahren  
im Familien-Extra punkten.  
Weitere Infos auf der Rückseite!

### Durchführung eines Hautkrebsscreenings

Stempel des Arztes



FAMILIEN\_EXTRA **30€** KIND 01  
min. 4 Punkte

Vorname / Name

Geburtsdatum

FAMILIEN\_EXTRA **30€** KIND 02  
min. 4 Punkte

Vorname / Name

Geburtsdatum

FAMILIEN\_EXTRA **30€** KIND 03  
min. 4 Punkte

Vorname / Name

Geburtsdatum

01 KALENDERJAHR EINTRAGEN

für das Kalenderjahr

□ □ □ □ □

02 PUNKTE SAMMELN

Je erfülltem Nachweis erhalten Sie maximal einen Punkt. Mehrfache Anrechnungen gleicher Maßnahmen sind nicht möglich. Für den Erhalt der Prämie ist die geforderte Mindestpunktzahl zu erreichen.

03 BONUSHEFT EINREICHEN

Die erforderlichen Mitgliedsangaben ausfüllen und den Bonuspass in einem geschlossenen Umschlag an uns zurücksenden:



**Nachweis über die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche**  
(§ 26 SGBV)

Stempel des Kinderarztes

**Nachweis über die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche**  
(§ 26 SGBV)

Stempel des Kinderarztes

**Nachweis über die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche**  
(§ 26 SGBV)

Stempel des Kinderarztes

**Vollständiger Impfstatus**  
gem. STIKO

Stempel des Arztes

**Vollständiger Impfstatus**  
gem. STIKO

Stempel des Arztes

**Vollständiger Impfstatus**  
gem. STIKO

Stempel des Arztes

**Zahnprophylaxeuntersuchung**

Stempel des Zahnarztes

**Zahnprophylaxeuntersuchung**

Stempel des Zahnarztes

**Zahnprophylaxeuntersuchung**

Stempel des Zahnarztes

**gültiges Sportabzeichen**  
des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

Stempel des Veranstalters oder Teilnahmekopie

**gültiges Sportabzeichen**  
des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

Stempel des Veranstalters oder Teilnahmekopie

**gültiges Sportabzeichen**  
des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

Stempel des Veranstalters oder Teilnahmekopie

**Mitglied in einem Sportverein**  
mit Inanspruchnahme regelmäßiger Bewegungsangebote

Stempel des Übungsleiters oder Trainers

**Mitglied in einem Sportverein**  
mit Inanspruchnahme regelmäßiger Bewegungsangebote

Stempel des Übungsleiters oder Trainers

**Mitglied in einem Sportverein**  
mit Inanspruchnahme regelmäßiger Bewegungsangebote

Stempel des Übungsleiters oder Trainers