

Die BKK exklusiv belohnt Ihre Aktivitäten für die eigene Gesundheit mit einem attraktiven Gesundheitsbonus.

Je bestätigter Maßnahme erhalten alle Versicherten nach Vollendung des 7. Lebensjahres 10,00 Euro.

Voraussetzung:

In der Zeit vom 01.01. - 31.12.2020 sind mindestens **fünf** der hier abgebildeten Maßnahmen erfüllt. In diesen fünf Maßnahmen müssen zwei Vorsorgemaßnahmen (Punkte 1.-5.) und zwei Maßnahmen des gesundheitsbewussten Verhaltens (Punkte 6.-10.) enthalten sein.

Für die Punkte 1.-7. ist eine ärztliche Bestätigung, für die Punkte 8.-10. eine Bestätigung des Leistungsanbieters erforderlich.

Ihr persönlicher Bonusnachweis muss der BKK exklusiv bis spätestens 31.03.2021 vorliegen.

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern.

Ihre BKK exklusiv

UNSERE KONTAKTDATEN

Postadresse

BKK exklusiv · 31273 Lehrte

(Bitte verwenden Sie für jede Postsendung ausschließlich diese zentrale Postadresse, nicht die Besucheradressen)

Besucheradresse Lehrte

Zum Blauen See 7

Besucheradresse Bremen

Am Deich 45

Besucherzeiten in Lehrte

Mo – Mi 08.00 – 17.00 Uhr

Do 08.00 – 18.00 Uhr

Fr 08.00 – 13.00 Uhr

Besucherzeiten in Bremen

Mo – Do 08.00 – 15.30 Uhr

Fr 08.00 – 13.00 Uhr

Zentrale Telefon- und Faxnummer Für Sie im Netz

Telefon 05132 5001 0

Telefax 05132 5001 12

E-Mail info@bkkexklusiv.de

Internet www.bkkexklusiv.de

Ergänzender Hinweis:

Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der BKK exklusiv, im Fall der Beendigung durch Kündigung zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung. Endet die Teilnahme während des laufenden Teilnahmezeitraums, verfallen die gesammelten Bonuspunkte.

ERLÄUTERUNG BONUSPUNKTE

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

1. CHECK-UP oder U10, U11, J1, J2

Sie lassen eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (Check-Up) durchführen. Für Kinder und Jugendliche gilt hier als Nachweis die für das jeweilige Lebensjahr vorgesehene Früherkennungs- und Jugenduntersuchung (U10, U11 und J1) oder die vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte empfohlene Untersuchung J2.

2. KREBSFRÜHERKENNUNG

Sie nehmen jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 SGB V i.V. mit den G-BA Richtlinien* teil.

3. ZAHNVORSORGE

Sie nehmen vor Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr, nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

4. HAUTKREBSVORSORGE

Sie haben im Kalenderjahr eine Hautkrebssuntersuchung nach § 25 SGB V i.V. mit den G-BA Richtlinien* oder im Rahmen der BKK exklusiv Satzung in Anspruch genommen.

5. IMPFSTATUS

Sie weisen einen kompletten Impfstatus für das Kalenderjahr nach.

GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN

6. BODY-MAß-INDEX

Ihr Body-Maß-Index liegt altersentsprechend im Normbereich. Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres liegt das Gewicht altersentsprechend im Normbereich gem. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas.

7. NICHTRAUCHER

Sie sind seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher (nach Vollendung des 18. Lebensjahres).

8. PRIMÄRPRÄVENTION

Sie haben an mindestens einer qualitätsgeprüften Primärpräventionsmaßnahme im Sinne der jeweils geltenden Präventionsrichtlinien nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V teilgenommen.

9. SPORT

Sie nehmen regelmäßig an Bewegungsangeboten in Sportvereinen oder sonstigen qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten in Sport- oder Fitnessstudios teil.

10. SPORTABZEICHEN

Sie haben im Kalenderjahr das Sportabzeichen nach den Vorgaben des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB-Sportabzeichen) oder Schwimmabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes oder Wanderabzeichen des Deutschen Wanderverbandes erworben.



GESUNDHEITS- BONUS 2020

BKK
exklusiv
Spitze bei Leistung und Service

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

(PUNKTE 1.-5.)

GESUNDHEITSBEWUSSTES VERHALTEN

(PUNKTE 6.-10.)

Insgesamt sind fünf Maßnahmen zu erfüllen, davon mindestens zwei der Punkte 1. - 5. und mindestens zwei der Punkte 6. - 10.

1. CHECK-UP oder U10, U11, J1, J2



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

2. KREBSFRÜH-ERKENNUNG



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

3. ZAHNVORSORGE



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Datum:

4. HAUTKREBS-VORSORGE



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

5. IMPFSTATUS



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

6. BODY-MAß-INDEX



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

7. NICHTRAUCHER



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

8. PRIMÄR-PRÄVENTION



Leistungsanbieter

Datum:

9. SPORT



Leistungsanbieter

Datum:

10. SPORTABZEICHEN



Leistungsanbieter

Datum:

Dieses Bonusheft gilt für das Jahr 2020

Name, Vorname

Straße, PLZ Wohnort

Versichertennummer

Steueridentifikationsnummer

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Bitte überweisen Sie die Bonuszahlung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber

IBAN

Ich bestätige die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.
(bei Kindern unter 15 Jahren gilt die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Datum / Unterschrift