

ALTERNATIV FÜR: MÄNNER UNTER 35 JAHREN



Bitte weisen Sie uns eine der folgenden Voraussetzungen nach, wenn der Body-Mass-Index nicht bestätigt wurde:

- Ich bin Mitglied in einem Fitnessstudio/Sportverein
(bitte Bestätigung beifügen)
- Ich habe an einem Präventionskurs teilgenommen
(bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

KIND



Name, Vorname

Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Krebsvorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

KIND



Name, Vorname

Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Krebsvorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

GESUND-LEBEN-BONUSHEFT

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum/Versichertennummer

Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

IBAN

BIC

Bank

gegebenenfalls abweichender Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90 - 22041 Hamburg

HEK-Team Direkt
0800 0213213 (kostenfrei)
kontakt@hek.de

www.hek.de

hek.de/facebook

hek.de/twitter

hek.de/xing



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Sie erhalten den Gesund-Leben-Bonus in Höhe von bis zu 160 Euro, plus 50 Euro je familienversicherten Angehörigen, für die nachgewiesenen Kosten einer Krankenzusatzversicherung, Pflege-, Unfall- oder Altersvorsorgeversicherung, die Sie zu Beginn der Mitgliedschaft neu abgeschlossen haben.

Als Nachweis senden Sie uns bitte eine Kopie der Police, zusammen mit einer Jahres-/Monatsrechnung oder einem Kontoauszug, zu. Liegen die nachgewiesenen Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

DIE VORAUSSETZUNGEN

- Altersentsprechender Impfschutz
- Zahngesundheitsuntersuchung
 - bis 18 Jahre zweimal jährlich
 - ab 18 Jahren einmal jährlich
- Gesundheits-Check-Up
 - ab 35 Jahren alle zwei Jahre

Männer unter 35 Jahren weisen alternativ bitte einen altersentsprechenden Body-Mass-Index, eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio/Sportverein oder einen Präventionskurs nach.

- Krebsvorsorgeuntersuchung
 - Frauen: ab 20 Jahren einmal jährlich
 - Männer: ab 45 Jahren einmal jährlich

Frauen unter 20 Jahren weisen alternativ bitte einen altersentsprechenden Body-Mass-Index, eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio/Sportverein oder einen Präventionskurs nach.

Bitte lassen Sie die zutreffenden Felder von Ihrem Arzt beziehungsweise Zahnarzt ankreuzen und abstempeln.

MITGLIED

160€*

Name, Vorname

Nichtraucher/in seit mindestens sechs Monaten

Altersentsprechender Impfschutz

Body-Mass-Index ist altersentsprechend
(für Frauen unter 20 Jahren, bzw. Männer unter 35 Jahren)

Datum

Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Gesundheits-Check-Up

Datum Zuletzt durchgeführter Gesundheits-Check-Up (nicht älter als 2 Jahre)

Krebsvorsorgeuntersuchung

Datum

*inklusive Nichtraucher, sonst 135 Euro

EHEPARTNER

50€

Name, Vorname

Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Gesundheits-Check-Up

Datum Zuletzt durchgeführter Gesundheits-Check-Up (nicht älter als 2 Jahre)

Krebsvorsorgeuntersuchung

Datum

ALTERNATIV FÜR: FRAUEN UNTER 20 JAHREN



Bitte weisen Sie uns eine der folgenden Voraussetzungen nach, wenn der Body-Mass-Index nicht bestätigt wurde:

- Ich bin Mitglied in einem Fitnessstudio/Sportverein (bitte Bestätigung beifügen)
- Ich habe an einem Präventionskurs teilgenommen (bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)