

Kind

50 €

Name, Vorname

Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Zahngesundheitsuntersuchung

(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung

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

Wir sind für Sie da

Hotline
0800 0213213 (kostenfrei)

E-Mail
kontakt@hek.de

Postanschrift
HEK - Hanseatische Krankenkasse
22039 Hamburg

Facebook
www.hek.de/facebook



Kind

50 €

Name, Vorname

Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Zahngesundheitsuntersuchung

(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Krebsvorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Die Voraussetzungen

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

Bitte fügen Sie einen Nachweis der gezahlten Versicherungsprämie (Kopie der Police im ersten Kalenderjahr, Jahres-/Monatsrechnung oder Auszug aus dem Kontoauszug in den Folgejahren) bei. Liegen die nachgewiesenen Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

→ 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)

Stempel und Unterschrift des Arztes Datum

- Zahngesundheitsuntersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

- Gesundheits-Check-Up

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

- Krebsvorsorgeuntersuchung

Stempel und Unterschrift des Arztes Datum

* inklusive Nichtraucher, sonst 135 Euro

Ehepartner

50 €

Name, Vorname

- Altersentsprechender Impfschutz

Stempel und Unterschrift des Arztes Datum

- Zahngesundheitsuntersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Datum 1. Untersuchung Datum 2. Untersuchung

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

- Gesundheits-Check-Up

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

- Krebsvorsorgeuntersuchung

Stempel und Unterschrift des Arztes 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)

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)