



Freudenberg BKK

Die Fitnesskasse

E-Mail: [bonus@bkk-freudenberg.de](mailto:bonus@bkk-freudenberg.de)  
Internet: [www.bkk-freudenberg.de](http://www.bkk-freudenberg.de)



Bitte senden Sie die Bonuskarte an:

BKK Freudenberg  
Höhnerweg 2 – 4  
69465 Weinheim

Bestell-Nr. 100 10512 – © KKF-Verlag, 84503 Altötting. Die Ausführungen stellen eine Kurzfassung dar, maßgebend für das Bonus-Programm sind Gesetz und Satzung. Bild S. 5 – Fotolia. (05/2018)

Die Fitnesskasse

Freudenberg



Bonusprogramm



## Fit4Health+

Mach mit – bleib fit!  
Mit dem Bonusprogramm der BKK Freudenberg.

## Meine persönlichen Angaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Familienversicherter

\_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail (freiwillige Angaben)

\_\_\_\_\_  
Steueridentifikationsnummer (IdNr)

X

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Mitgliedes

Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

### Bankverbindung

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie mir eine neue Bonuskarte zu.

### Ansprechpartner:

Mattias Appel · Telefon: 06201 80-7570

E-Mail: mappel@bkk-freudenberg.de

Rita Fischer · Telefon: 06201 80-3485

E-Mail: rfischer@bkk-freudenberg.de

Sabrina Zeilfelder · Telefon: 06201 80-3474

E-Mail: szeilfelder@bkk-freudenberg.de

### Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlage hierfür ist § 284 SGB V. Freiwillige Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

## Fit4Health+

Durch einen fitnessbewussten Lebensstil und regelmäßige Checks beim Arzt leisten Sie einen aktiven Beitrag. Wir belohnen die Investition in Ihre Gesundheit mit **200 Euro pro Bonusjahr**. \* Der Bonus erhöht sich auf maximal 300 Euro pro Bonusjahr\*, wenn mehrere Personen (Mitglied/Familienversicherter, Familienversicherter/Familienversicherter) die Voraussetzungen erfüllen.

### Das Bonusprogramm

Sie haben Anspruch auf einen Bonus, wenn Sie die Punkte 1 bis 3 vollständig *und zusätzlich* mindestens 3 aus den Punkten 4 bis 9 einmal innerhalb eines Kalenderjahres **(1.1. – 31.12.)** nachweisen. *Sofern Sie die Voraussetzungen der Punkte 1 und 2 lediglich wegen des Alters nicht erfüllen, werden diese Punkte pauschal anerkannt.*

**Bitte reichen Sie diese Bonuskarte spätestens bis zum 30. April des Folgejahres ein.**

Lassen Sie sich die Bonuspunkte jeweils durch **Datum, Stempel und Unterschrift bestätigen** (z. B. bei Arztbesuchen). Gültig sind auch entsprechende Quittungen (z. B. Kurs, Datum, Stempel und Unterschrift). Bitte ergänzen Sie diese Bonuskarte mit Ihren persönlichen Angaben.

Viel Erfolg wünscht Ihnen

Ihre **BKK Freudenberg**

**Hinweis:** Mitmachen können Versicherte ab dem Alter von 16 Jahren.

**Wichtig:** Ein Bonusanspruch besteht nur, wenn Sie bis zum 31.01. des Folgejahres, in dem Sie an dem Fit4Health+ Programm teilnehmen, bei uns versichert sind. Wird die Mitgliedschaft bei der BKK Freudenberg im laufenden Bonusjahr oder vor dem 30.04. des Folgejahres gekündigt, verfallen alle Bonuspunkte. Der Bonus in Höhe von maximal 300 Euro\* wird dem Mitglied ausgezahlt. Die gleichzeitige Teilnahme am Fit4Health Programm ist ausgeschlossen.

\*Gültig ist die jeweils aktuelle Regelung der Satzung.

## 1 „check up 35“

Gesundheits-Check ab 35 Jahren nach den aktuellen **Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien**.  
(nur alle 2 Jahre möglich!)

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

erfolgt am: \_\_\_\_\_

erfolgt am: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arztpraxis

Stempel/Unterschrift Arztpraxis

## 2 Krebsfrüherkennung

Nach den aktuellen **Krebsfrüherkennungs-Richtlinien**;  
**einmal jährlich** für Frauen ab 20 Jahren und für Männer  
ab 45 Jahren. Sprechen Sie hierzu Ihren Arzt an.

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

erfolgt am: \_\_\_\_\_

erfolgt am: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arztpraxis

Stempel/Unterschrift Arztpraxis

## 3 Fitness

\_\_\_\_\_ (bitte Jahr eintragen) wurde mehr als 6 Monate  
regelmäßig qualitätsgesichert Sport in einem Fitness-  
studio betrieben.

**– kann frühestens ab Juli bescheinigt werden –**

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Datum/Stempel  
Unterschrift Studio

Datum/Stempel  
Unterschrift Studio

## 4 Präventionskurse

Qualitätsgesicherte Leistungen/Kurse zur primären Präven-  
tion gemäß § 20 SGB V.

Hinweis:

Kurse im Rahmen einer Mitgliedschaft in einem Verein oder  
Fitnessstudio können nicht berücksichtigt werden

Art \_\_\_\_\_ Art \_\_\_\_\_

Art \_\_\_\_\_ Art \_\_\_\_\_

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Datum/Stempel  
Unterschrift Leistungserbringer

Datum/Stempel  
Unterschrift Leistungserbringer

## 5 Zahnvorsorge

Die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde in Anspruch  
genommen (bis zum Alter von 18 Jahren kalenderhalbjähr-  
lich, ab 18 Jahren einmal im Kalenderjahr).

Dies gilt auch für Teil- und Vollprothesenträger.

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

erfolgt am: \_\_\_\_\_

erfolgt am: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Zahnarztpraxis

Stempel/Unterschrift Zahnarztpraxis

erfolgt am: \_\_\_\_\_

erfolgt am: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Zahnarztpraxis

Stempel/Unterschrift Zahnarztpraxis

## 6 Sportabzeichen

Art

Deutsches Sportabzeichen

oder

Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes

oder

Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer

oder

Wanderabzeichen des DWV

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Datum/Stempel/Unterschrift

Datum/Stempel/Unterschrift

## 7 Impfen nützt – Impfen schützt

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus oder Polio ist im Jahr \_\_\_\_\_ vorhanden.

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Datum/Stempel  
Unterschrift Arztpraxis

Datum/Stempel  
Unterschrift Arztpraxis

## 8 Ich bin Nichtraucher

(seit 6 Monaten)

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Ich habe noch nie geraucht

Ich habe noch nie geraucht

Ich bin Nichtraucher

Ich bin Nichtraucher

seit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

## 9 Normalgewicht?

Ein normales Körpergewicht ist eine gute Voraussetzung, um gesund zu bleiben. Der Body-Mass-Index (BMI) ist die am häufigsten verwendete Methode zur Bestimmung des (Normal-)Gewichts und zwar nach der Formel Gewicht und Größe. Berechnet wird die Masse, geteilt durch die Größe zum Quadrat. Berechnungsbeispiel:

80 (kg) : 1,79 (m) : 1,79 (m) = 24,97 = 25 (gerundet)

Ein BMI zwischen 18 und 27 liegt im Normbereich

Mitglied/Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Familienversicherter  
(Name, Vorname)

Mein BMI liegt im Normbereich

Mein BMI liegt im Normbereich

