

BKK exklusiv
Spitze bei Leistung und Service

VORSORGEBONUS 2024

www.bkkexklusiv.de/bonus

Der Vorsorgebonus

Für folgende Vorsorgemaßnahmen, die in einem Kalenderjahr durchgeführt werden, erhalten Sie einen Bonus:

- Check- Up
  Ärztliche Untersuchung (beinhaltet Anamnese, Erhebung des Ganzkörperstatus, Untersuchungen aus dem Blut und Urin, Überprüfung des Impfstatus und Beratung. Einmalig ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres, danach alle drei Jahre)
- Krebsvorsorge Geschlechtsorgane (Frauen) ab 20 Jahren
- Krebsvorsorge Brust (Frauen) ab 30 Jahren
- Krebsvorsorge Haut
- Krebsvorsorge Geschlechtsorgane und Prostata (Männer) ab 45 Jahren
- Krebsvorsorge Darm ab 50 Jahren
- Mammographie (Frauen) ab 50 Jahren
- Screening Bauchaorten-Aneurysma (Männer) ab 65 Jahren
- Zahnvorsorge
- Kinderuntersuchung U7 bis zum 24. Lebensmonat
- Kinderuntersuchung U7a bis zum 36 Lebensmonat
- Kinderuntersuchung U8 bis zum 48. Lebensmonat
- Kinderuntersuchung U9 bis zum 64. Lebensmonat
- Grundschulcheck U10 zwischen 7 und 8 Jahren
- Schülercheck U11 zwischen 9 und 10 Jahren
- Jugenduntersuchung J1 zwischen 12 und 14 Jahren
- Jugenduntersuchung J2 im Alter von 14 bis 16 Jahren
- Durchgeführte Impfungen

Höhe des Vorsorgebonus

Für bis zu fünf der hier genannten Maßnahmen erhalten Sie je Untersuchung/Impfung 10,00 Euro gutgeschrieben. Bei mehr als fünf nachgewiesenen Maßnahmen wird jede weitere Untersuchung/Impfung mit 5,00 Euro prämiert. Der Nachweis erfolgt durch eine ärztliche Bestätigung.

Bis 31.03. des Folgejahres Bonus beantragen

Der Vorsorgebonus ist spätestens bis zum 31.03.2025 für das Jahr 2024 einzureichen. Sofern Sie Ihre Vorsorgemaßnahmen vorher erfüllt haben, kann der Bonus auch schon unterjährig beantragt werden.

Umwandlung Bonus in ausgewählte Privatleistungen*

Anstelle des im Vorsorgebonus erworbenen Geldbetrages können Sie den Bonus auch als Zuschuss zu den nachgewiesenen Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Privatleistungen* einsetzen. Wenn Sie sich für die Umwandlung entscheiden, erhöhen wir Ihren Bonus um 25 %. Der Gesamtzuschuss erfolgt maximal bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten.

Dieses Bonusheft gilt für 2024

Ich entscheide mich für ☐ den Geldbonus ☐ die Umwandlung in ausgewählte Privatleistungen*
(in diesem Fall fügen Sie bitte eine Rechnungskopie der Privatleistungen bei, die in unserem Leistungskatalog genannt sind)

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

* Den Bonuskatalog der Privatleistungen finden Sie unter: https://bkkexklusiv.de/bonus

Hinweis: Wenn Sie uns das Bonusheft eingescannt digital zusenden, übermitteln Sie uns bitte zwingend **beide Seiten** des Bonusheftes (möglichst als pdf-Datei).



VORSORGEBONUS 2024

BKK exklusiv
Spitze bei Leistung und Service

Name:

Vorname:

Versichertennummer:

Folgende Maßnahmen wurden im Kalenderjahr 2024 durchgeführt oder erfüllt:

CHECK UP



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

SCREENING BAUCHAORTEN-ANEURYSMA
Männer ab 65 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

KREBSVORSORGE
Frauen ab 20 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

ZAHNVORSORGE



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

BRUSTKREBSVORSORGE
Frauen ab 30 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

KINDER- ODER JUGENDUNTERSUCHUNG

☐ U7 ☐ U7a ☐ U8 ☐ U9 ☐ U10 ☐ U11
☐ J1 ☐ J2 (bitte Zutreffendes ankreuzen)



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

HAUTKREBSVORSORGE



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

KREBSVORSORGE
Männer ab 45 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Im Kalenderjahr durchgeführte IMPFUNGEN



Impfung gegen:

Impfung gegen:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Impfung gegen:

Impfung gegen:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Arztstempel, Unterschrift

Datum:

DARMKREBSVORSORGE
ab 50 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum:

Hinweis:
Wenn Sie uns das Bonusheft eingescannt digital zusenden, übermitteln Sie uns bitte zwingend **beide Seiten** des Bonusheftes (möglichst als pdf-Datei).

MAMMOGRAPHIE
Frauen ab 50 Jahren



Arztstempel, Unterschrift

Datum: