

6 Sportabzeichen

Art

- Deutsches Sportabzeichen
- oder
- Leistungsabzeichen des Deutschen Schwimmverbandes
- oder
- Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer
- oder
- Wanderabzeichen des DWV

Mitglied/Familienversicherter
(Name, Vorname)

Datum/Stempel/Unterschrift

Familienversicherter
(Name, Vorname)

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)

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

Familienversicherter
(Name, Vorname)

Datum/Stempel
Unterschrift Arztpraxis

8 Ich bin Nichtraucher

(seit 6 Monaten)

Mitglied/Familienversicherter
(Name, Vorname)

Familienversicherter
(Name, Vorname)

- Ich habe noch nie geraucht
 - Ich bin Nichtraucher
- seit _____
- Ich habe noch nie geraucht
 - Ich bin Nichtraucher
- 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:

$$80 \text{ (kg)} : 1,79 \text{ (m)} : 1,79 \text{ (m)} = 24,97 = 25 \text{ (gerundet)}$$

Ein BMI zwischen 18 und 27 liegt im Normbereich

Mitglied/Familienversicherter
(Name, Vorname)

Familienversicherter
(Name, Vorname)

- Mein BMI liegt im Normbereich



Freudenberg

Die Fitnesskasse

E-Mail: bonus@bkk-freudenberg.de
Internet: www.bkk-freudenberg.de



Bitte senden Sie die Bonuskarte an:

BKK Freudenberg
Höhnerweg 2 – 4
69465 Weinheim

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

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 Zeifelder · Telefon: 06201 80-3474

E-Mail: szeifelder@bkk-freudenberg.de

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 Fitnessstudio betrieben.

– kann frühestens ab Juli bescheinigt werden –

Mitglied/Familienversicherter
(Name, Vorname)

Familienversicherter
(Name, Vorname)

erfolgt am: _____

erfolgt am: _____

Datum/Stempel
Unterschrift Studio

Datum/Stempel
Unterschrift Studio

4 Präventionskurse

Qualitätsgesicherte Leistungen/Kurse zur primären Prävention 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 kalenderhalbjährlich, 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