

Persönliche Angaben des Mitglieds:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer	Telefonnummer

Persönliche Angaben der familienversicherten Angehörigen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum

IKK Aktivbonus:

Ich bitte um Erstattung meines IKK Aktivbonus in Höhe von 60 Euro. Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Geldinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

Unterschrift des Mitglieds:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner beidseitigen Angaben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses werden personenbezogene Daten benötigt. Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträgern gespeichert (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Sie erhalten den Aktivbonus, wenn Sie nachweisen können, dass Sie zwei der auf der Rückseite aufgeführten Gesundheitsmaßnahmen umgesetzt haben.

Die Maßnahmen können auch von Familienversicherten erbracht werden. Nutzen Sie hierzu die entsprechenden Angabenfelder für weitere Maßnahmen.

Sie bekommen den Aktivbonus einmalig für Ihre Mitgliedschaft. Reichen Sie uns einfach den Aktivbonus-Antrag bis spätestens 30. April des Folgejahres ein. Es ist auch möglich, Rechnungskopien oder Kopien Ihrer Nachweise einzureichen.

Sie erhalten den Aktivbonus für bis zu zwei aufgeführte Maßnahmen.

Krebsfrüherkennung

Ab 20 Jahren (Frauen)
Ab 45 Jahren (Männer)

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Hautkrebsvorsorge, ab 19 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Darmkrebsfrüherkennung, ab 50 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Test auf okkultes Blut im Stuhl (ab 50 Jahren)

Koloskopie (ab 55 Jahren)

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Mammografie-Screening, ab 50 und bis 69 Jahre

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Gesundheits Check-up, ab 35 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Impfschutz

Vollständiger Impfschutz nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Zahnvorsorge

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Mutterschaftsvorsorge

Z.B. Vorsorgeuntersuchung, Geburtsvorbereitungskurs oder Rückbildungsgymnastik

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt oder Hebamme

Kinder- oder Jugendgesundheitsuntersuchung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Untersuchung

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Gesundheitskurs, ab 6 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Kursname

Kursleiter Kurszeitraum

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

Erste-Hilfe-Kurs

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Kursleiter Kurszeitraum

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

IKK Gesundheitsveranstaltung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Fitnessstudio, ab 16 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Fitnessstudio

Sportverein

Nachweis von sportlichen Aktivitäten im Rahmen einer Mitgliedschaft in einem eingetragenen Sportverein

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Sportart

Datum, Stempel, Unterschrift Sportverein

Teilnahme Sportveranstaltung

Teilnahme an Sportveranstaltungen in einer Ausdauersportart, die durch einen Verein begleitet wird

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Veranstaltung

Datum, Stempel, Unterschrift Veranstalter

IKK-Gesundheitsveranstaltung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Veranstaltung

Datum, Stempel, Unterschrift IKK

Deutsches Sportabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Sportabzeichen

Datum, Stempel, Unterschrift Prüfer

Deutsches Schwimmabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Schwimmabzeichen

Datum, Stempel, Unterschrift Prüfer

Deutsches Wanderabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Wanderabzeichen

Datum, Stempel, Unterschrift Prüfer

Deutsches Feuerwehr Fitnessabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Feuerwehr Fitnessabzeichen

Datum, Stempel, Unterschrift Prüfer

Betriebs-/Hochschulsport

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Kurs

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

Blutspende, ab 18 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Organ- bzw. Knochenmarkspenderausweis

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Ich bestätige, dass ich einen Organ- bzw. Knochenmarkspenderausweis besitze.

Datum, Unterschrift Versicherter

Weitere Felder für Maßnahmen.

Maßnahme:

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Body-Mass-Index im Normalbereich

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Ich bestätige, dass mein Body-Mass-Index im Normalbereich liegt.

Datum, Unterschrift Versicherter

Nichtrauchernachweis, ab 18 Jahren

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Hiermit erkläre ich, dass ich Nichtraucher bin.

Datum, Unterschrift Versicherter

Organ- bzw. Knochenmarkspenderausweis

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Ich bestätige, dass ich einen Organ- bzw. Knochenmarkspenderausweis besitze.

Datum, Unterschrift Versicherter

Kinder- oder Jugendgesundheitsuntersuchung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Untersuchung

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

$$\text{Body-Mass-Index} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ (Angabe in Metern)}}$$
 oder berechnen unter: www.ikk-zusatzleistungen.de
 Altersgerechter Body-Mass-Index im Normalbereich:
 0-24 Jahre BMI = 18-24 45-54 Jahre BMI = 19-27
 25-34 Jahre BMI = 19-25 55-64 Jahre BMI = 19-28
 35-44 Jahre BMI = 19-26 ab 65 Jahren BMI = 19-29