

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

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:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 99 SGB X (Auskunftspflicht) zum Zwecke der Gewährung eines Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen führen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

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.

Reichen Sie uns einfach den Aktivbonus-Antrag bis spätestens 30. April des Folgejahres ein.

Sie bekommen den Aktivbonus einmalig für Ihre Mitgliedschaft. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Teilnahme am IKK Aktivbonus und IKK Gesundheitsbonus im selben Kalenderjahr nicht möglich ist.

Sie erhalten den Aktivbonus für zwei aufgeführte Maßnahmen.

Name, Vorname Mitglied

Geburtsdatum

Fitnessstudio, ab 16 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Fitnessstudio

Gesundheitskurs, ab 6 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Kursname

Kursleiter Kurszeitraum

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

Weitere Felder für Maßnahmen

Teilnahme Sportveranstaltung

In einer Ausdauersportart, die durch einen Verein begleitet wird

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Veranstaltung

Datum, Stempel, Unterschrift Veranstalter

oder

Sportverein

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

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Sportart

Datum, Stempel, Unterschrift Sportverein

Organ- bzw. Knochenmarkspenderausweis**

Name, Vorname Versicherter

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

Datum, Unterschrift Versicherter

Erste-Hilfe-Kurs**

Name, Vorname Versicherter

Kursleiter Kurszeitraum

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

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

Blutspende, ab 18 Jahren

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Deutsches Sportabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Sportabzeichen

Datum, Stempel, Unterschrift Prüfer

Nichtrauchernachweis, ab 18 Jahren

Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft

Name, Vorname Versicherter

Hiermit erkläre ich, dass ich Nichtraucher bin.

Datum, Unterschrift Versicherter

Deutsches Schwimlabzeichen

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Schwimlabzeichen

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

Maßnahme:

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Zahnvorsorge, ab 6 Jahren*

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Zahnvorsorge, ab 6 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

Maßnahme:

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

Kinder- oder Jugendgesundheitsuntersuchung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Untersuchung

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Mutterschaftsvorsorge

Z.B. Vorsorgeuntersuchung, Geburtsvorbereitungskurs oder Rückbildungsgymnastik

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt oder Hebamme

Gesundheits Check-up, ab 35 Jahren***

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

Maßnahme:

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift

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

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

Mammografie-Screening, ab 50 bis 69 Jahre***

Name, Vorname Versicherter

Datum, Stempel, Unterschrift Arzt

IKK-Gesundheitsveranstaltung

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Veranstaltung

Datum, Stempel, Unterschrift IKK

Betriebs-/Hochschulsport

Name, Vorname Versicherter

Bezeichnung Kurs

Datum, Stempel, Unterschrift Kursleiter

Nachträglich kann es z.B. durch Gesetzesänderungen zu abweichenden Regelungen kommen. Aktuelle Auskünfte erhalten Sie online, von Ihrem persönlichen Kundenberater oder in einem Kundencenter der IKK Südwest. Versicherte und Interessenten können auf eine persönliche Beratung vertrauen.

* Einmalig je Versicherter im Kalenderhalbjahr
** Einmalig je Versicherter und Mitgliedschaft
*** Alle 2 Jahre je Versicherter

Alle Maßnahmen ohne Kennzeichnung (*) können einmal im Kalenderjahr je Versicherter und Mitgliedschaft angerechnet werden.