

## Teilnahme am Bonusprogramm

BITTE LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

### Persönliche Angaben

BKK-Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Bonus für das Kalenderjahr: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN (entspricht Ihrer bisherigen Bankleitzahl und Kontonummer) \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Versicherten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben.

Die R+V BKK behält sich die Möglichkeit einer Rückforderung vor, sollten die Angaben nicht korrekt sein.

Ein Bonus ist ab mindestens 4 Kriterien möglich. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder (  ) an, füllen Sie aus und tragen das jeweilige Datum der Aktion ein. Bei den Kriterien, die durch einen Teilnahme-schein oder eine Urkunde bestätigt werden, benötigen wir eine Kopie als Nachweis.

1. Zahnvorsorge Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis

2. Zahnvorsorge Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis

Nur für Versicherte unter 18 Jahren.  
Gilt zusammen mit der 1. Zahnvorsorge  
als ein Kriterium.

Gesundheitsuntersuchung Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis

Hautkrebsvorsorge Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis



Krebsvorsorge Frau Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis

Krebsvorsorge Mann Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis

Sportabzeichen DOSB Datum \_\_\_\_\_

Abnehmende Stelle

Unterschrift und Stempel des Prüfers, ggf. Urkunde beifügen

Präventionskurs Datum \_\_\_\_\_

Kursname

Unterschrift des Kursleiters, ggf. Teilnahmeerklärung

Gemeinschaftssportliche Aktivität Datum \_\_\_\_\_

Aktivität

Gruppenleiter/Verein

Unterschrift des qualifizierten Gruppenleiters oder Stempel des Vereins

Volkslauf Datum \_\_\_\_\_

Name des Laufes

Distanz

Urkunde, Ausdruck der Ergebnisliste oder Stempel des Anbieters

Gesundheitsreise Datum \_\_\_\_\_

Ort:

Anbieter:

Unterschrift und Stempel des Anbieters

Fitness-Studio / Sportverein Datum \_\_\_\_\_

Name Studio / Sportverein

Unterschrift und Stempel des Fitness-Studios / des Sportvereins



Sie haben mindestens 4 Kriterien erfüllt? Und können eines der beiden Extra-Kriterien nachweisen? Dann sind Ihnen zusätzlich 20 EUR sicher. Bitte kreuzen Sie einfach an!

Kranken-/PV-Zusatzversicherung Datum \_\_\_\_\_

Name Zusatzversicherung

Versicherungsunternehmen und Vers.-Nummer

ggf. Versicherungsbescheinigung oder Beitragsnachweis

Professionelle Zahnreinigung Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Praxis oder Rechnungsbeleg in Kopie