ALTERNATIV FÜR: MÄNNER UNTER 35 JAHREN

Bitte weisen Sie uns eine der folgenden Voraussetzungen nach, wenn der Body-Mass-Index nicht bestätigt wurde:

- ☐ Ich bin Mitglied in einem Fitnessstudio/Sportverein
  (bitte Bestätigung beifügen)

- ☐ Ich habe an einem Präventionskurs teilgenommen
  (bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

KIND

50€

Name, Vorname

☐ Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

☐ Krebsvorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

KIND

50€

Name, Vorname

☐ Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

☐ Krebsvorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

GESUND-LEBEN-BONUSHEFT

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum/Versichertennummer

Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

IBAN

BIC

Bank

gegebenenfalls abweichender Kontoinhaber

Datum Unterschrift

HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90 - 22041 Hamburg

HEK-Team Direkt
0800 0213213 (kostenfrei)
kontakt@hek.de

www.hek.de

hek.de/facebook hek.de/twitter hek.de/xing

06.15

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Sie erhalten den Gesund-Leben-Bonus in Höhe von bis zu 160 Euro, plus 50 Euro je familienversicherten Angehörigen, für die nachgewiesenen Kosten einer Krankenzusatzversicherung, Pflege-, Unfall- oder Altersvorsorgeversicherung, die Sie zu Beginn der Mitgliedschaft neu abgeschlossen haben.

Als Nachweis senden Sie uns bitte eine Kopie der Police, zusammen mit einer Jahres-/Monatsrechnung oder einem Kontoauszug, zu. Liegen die nachgewiesenen Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

DIE VORAUSSETZUNGEN

- Altersentsprechender Impfschutz
- Zahngesundheitsuntersuchung
  - bis 18 Jahre zweimal jährlich
  - ab 18 Jahren einmal jährlich
- Gesundheits-Check-Up
  - ab 35 Jahren alle zwei Jahre

  Männer unter 35 Jahren weisen alternativ bitte einen altersentsprechenden Body-Mass-Index, eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio/Sportverein oder einen Präventionskurs nach.
- Krebsvorsorgeuntersuchung
  - Frauen: ab 20 Jahren einmal jährlich
  - Männer: ab 45 Jahren einmal jährlich

  Frauen unter 20 Jahren weisen alternativ bitte einen altersentsprechenden Body-Mass-Index, eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio/Sportverein oder einen Präventionskurs nach.

Bitte lassen Sie die zutreffenden Felder von Ihrem Arzt beziehungsweise Zahnarzt ankreuzen und abstempeln.

MITGLIED

160€*

Name, Vorname

☐ Nichtraucher/in seit mindestens sechs Monaten

☐ Altersentsprechender Impfschutz

☐ Body-Mass-Index ist altersentsprechend
(für Frauen unter 20 Jahren, bzw. Männer unter 35 Jahren)

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

☐ Gesundheits-Check-Up

Datum

Zuletzt durchgeführter Gesundheits-Check-Up (nicht älter als 2 Jahre)

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Krebsvorsorgeuntersuchung

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

*inklusive Nichtraucher, sonst 135 Euro

EHEPARTNER

50€

Name, Vorname

☐ Altersentsprechender Impfschutz

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Zahngesundheitsuntersuchung

Datum 1. Untersuchung

Datum 2. Untersuchung
(nur für Versicherte unter 18 Jahren)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

☐ Gesundheits-Check-Up

Datum

Zuletzt durchgeführter Gesundheits-Check-Up (nicht älter als 2 Jahre)

Stempel und Unterschrift des Arztes

☐ Krebsvorsorgeuntersuchung

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

ALTERNATIV FÜR: FRAUEN UNTER 20 JAHREN

Bitte weisen Sie uns eine der folgenden Voraussetzungen nach, wenn der Body-Mass-Index nicht bestätigt wurde:

☐ Ich bin Mitglied in einem Fitnessstudio/Sportverein
(bitte Bestätigung beifügen)

☐ Ich habe an einem Präventionskurs teilgenommen
(bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)