

IHRE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Bitte einreichen bis zum 31.03.2023.

BONUSJAHR 2022

Nachname, Vorname

Straße und Hausnummer

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Name der Bank

IBAN

Kontoinhaber

Geburtsdatum

PLZ und Ort

Krankenversicherungsnummer

Steuer-ID



Datum/Unterschrift

Das Bonusguthaben ist nicht auf andere Personen und auch nicht auf das nächste Bonusjahr übertragbar.

Es können nur Gesundheitsleistungen erstattet werden, die im Bonusjahr in Anspruch genommen wurden.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns unter datenschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

ICH WÄHLE:

Bitte ankreuzen – es ist nur eine Auswahl möglich!

Modell EinfachBonus (5€ pro abgestempeltes Feld)

- Bonusformular wird **ohne** Rechnungen/Quittungen eingereicht
- **Erstattungsbetrag** = Summe der Stempelfelder x 5€
- Wird beim Finanzamt gemeldet



Aktiv_Check
(A1–A5)



Impf_Check
(I1–I10)



Vorsorge_Check
(V1–V9)



Zahn_Check
(Z1–Z3)

Beispiel: Professionelle Zahnreinigung = Z1

Modell DoppelBonus (10€ pro abgestempeltes Feld)

- Bonusformular wird **mit** Rechnungen/Quittungen eingereicht
- **Erstattungsbetrag** = Summe der Stempelfelder x 10€
- Erstattung max. in Rechnungshöhe, Restbetrag verfällt

Rechnungen aus 2022 für folgende Gesundheitsleistungen sind u. a. für die Teilnahme am DoppelBonus geeignet: professionelle Zahnreinigung, Sehhilfen, Mitgliedsbeiträge Fitnessstudio/Sportverein, Fitnessstracker, individuelle Gesundheitsleistungen, z. B. Hautkrebsvorsorge, Glaukom-Vorsorgeuntersuchungen.

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.

Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!

Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio

Die von mir erbrachte Maßnahme:

Buchstabe (z. B. A) Ziffer (z. B. 1)

Bitte tragen Sie hier Ihre erbrachte Maßnahme ein. Bezeichnung gemäß Rückseite.


Bitte nur abstempeln, wenn die Maßnahme in 2022 durchgeführt wurde!


Stempel, Unterschrift Arztpraxis/Verein/Studio


Mehr als 10 Maßnahmen? Dann einfach ein 2. Formular einreichen! Telefonisch anfordern oder herunterladen!

BONUSJAHR 2022

 AKTIV_CHECK MASSNAHMEN		
A1	Aktive Mitgliedschaft im Sport-/Rehasportverein	Sportliche Aktivität regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt
A2	Breitensport/Abgelegte Sportabzeichen	Bei Breitensport mind. 2 Maßnahmen. Bitte die Teilnahmeurkunden einreichen!
A3	Mitgliedschaft im Fitnessstudio	Sportliche Aktivität regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt – Fitnessstudio zertifiziert nach DIN EN 17229 und DIN 33961 oder Personal ist ausreichend qualifiziert (Sportwissenschaftler, Sportlehrer, Physiotherapeuten oder Fitnesstrainer mit mind. einer B-Lizenz)
A4	Teilnahme Betriebssport/Hochschulsport	Sportliche Aktivität in 2022 regelmäßig mind. 2-mal pro Monat durchgeführt
A5	Zertifizierter Präventionskurs nach § 20 SGB V	Maßnahme in 2022 durchgeführt

 IMPF_CHECK MASSNAHMEN		
I1	Covid-19	Impfungen , die von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) unter den Kategorien „S(andard)“ und „A(ufrischung)“ sowie „I(ndikation)“ empfohlen oder von der BKK_DürkoppAdler gemäß Satzung (Impfbudget) übernommen werden Keine Impfungen im Zuständigkeitsbereich des Arbeitgebers Eine Impfung , die mehrere Arztbesuche umfasst (notwendig für den Aufbau einer vollständigen Immunisierung), → gilt als eine Impfung Mehrfachimpfungen wie z. B. Tetanus-Diphtherie-Impfung → gelten auch als eine Impfung Impfserien , die zur Erlangung eines vollständigen Impfschutzes erforderlich sind, → gelten ebenfalls als eine Impfung
I2	Herpes Zoster	
I3	HPV (Humane Papillomviren)	
I4	Influenza	
I5	Masern	
I6	Pneumokokken	
I7	Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis	
I8	Sonstige Impfungen (z. B. Covid-19 Booster oder FSME)	
I9	Bitte bei I8–I10 unbedingt im Stempelfeld Art der Impfung eintragen lassen.	
I10		

 VORSORGE_CHECK MASSNAHMEN		
V1	Brustkrebsvorsorge	Frauen ab 30 Jahren: jährlich
V2	Darmspiegelung	Männer ab 50 Jahren, Frauen ab 55 Jahren: 2-malig im Mindestabstand von 10 Jahren – bei Erstkoloskopie ab 65 Jahren: nur 1x Anspruch. Alternativ zum Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge V9
V3	Früherkennung Bauchortenaneurysma	Männer ab 65 Jahren: 1-malig
V4	Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge	Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren: jährlich
V5	Gesundheits-Check-up	18–34 Jahre: einmalig, ab 35 Jahren: alle 3 Jahre. Bei Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung: alle 2 Jahre
V6	Hautkrebsvorsorge	Versicherte ab 19 Jahren: alle 2 Jahre
V7	Mammographie	Frauen von 50–69 Jahren: alle 2 Jahre
V8	Screening, zytologische Untersuchung inkl. HPV-Test	Frauen ab 35 Jahren: alle 3 Jahre
V9	Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge	50–54 Jahre: jährlich, ab 55 Jahren: alle 2 Jahre Alternativ zur Darmspiegelung V2

 ZAHN_CHECK MASSNAHMEN		
Z1	Professionelle Zahnreinigung	Auch ohne Teilnahme am ViDAplus können Sie max. 40 € pro Kalenderjahr für Ihre Zahnreinigungsrechnung erhalten – ohne Wenn und Aber! Reichen Sie einfach die Rechnung ein, die Überweisung erfolgt auf Ihre hinterlegte Bankverbindung.
Z2	Zahnvorsorge 1. Halbjahr	
Z3	Zahnvorsorge 2. Halbjahr	

SIE HABEN NOCH FRAGEN?

Detaillierte Informationen u. a. zu den Maßnahmen sowie den entsprechenden Fristen und Intervallen können Sie den Ausführungsbestimmungen zu diesem Programm entnehmen. Diese finden Sie auf unserer Homepage **www.bkk-da.de/vidaplus**. Sehr gerne helfen wir Ihnen persönlich unter **Telefon 0521 557847-3193** oder auch per E-Mail weiter: **info@bkk-da.de**.