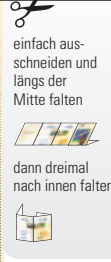


- U1     U2     U3     U4
- U5     U6     U7     U8
- U9     J1



## BKK VerbundPlus

**Hauptsitz**  
**Bismarckring 64 · 88400 Biberach**  
**Servicetelefon: (018 02) 23 49 87\***  
**info@bkk-verbundplus.de**  
**www.bkk-verbundplus.de**

Die Teilnahmebedingungen sind in der Satzung geregelt und können bei der BKK VerbundPlus angefordert werden.

\* 0,06 € pro Verbindung aus dem dt. Festnetz,  
 Mobilfunk max. 0,42 € pro Min.

12.11/online service3.com

## Bonuskarte für

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
 Mitgliedsnummer falls bekannt

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
 Kontonummer, BLZ

- Ich wähle **Variante 1** des Bonusprogramms für Erwachsene und erhalte bei Erfüllen der Voraussetzungen 40 Euro.
- Ich wähle **Variante 2** des Bonusprogramms für Erwachsene und erhalte bei Erfüllen der Voraussetzungen einen Zuschuss zu meinen Eigenleistungen für Vorsorge- und Gesundheitsmaßnahmen (Beiträge Fitnessstudio, Präventionsmaßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen von sonstigen Leistungserbringern) in Höhe von max. 100 Euro. **Damit der Zuschuss ermittelt werden kann, füge ich die Rechnungen dem Bonusheft bei.**

Datum/Stempel des Arztes  
 (alternativ reicht Kopie des Vorsorgeheftes aus)



**Mitmachen und  
 fit bleiben!**

**Berechnung des BMI:**  
 Körpergewicht (kg)  
 geteilt durch Körpergröße (m)  
 geteilt durch Körpergröße (m)

BMI zw. 18 u. 27

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Bestätigung des Versicherten oder Arztes

Untersuchung zur Früherkennung von Zahnkrankheiten  
 Pflichtleistung einmal im Jahr für Versicherte ab Voll-  
 endung des 18. Lebensjahres; vom 6. Lebensjahr bis zur  
 Vollendung des 18. Lebensjahres einmal je Kalender-  
**halbjahr**  
 Datum/Stempel des Arztes

Nichtraucher\*

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Bestätigung des Versicherten

\_\_\_\_\_  
 Datum/Stempel des Arztes

Gesundheitscheck  
 Zweijährliche Pflichtleistung ab 35 Jahren  
 in der Regel beim Hausarzt  
 Datum/Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Datum/Stempel des Arztes

Jährliche Krebsfrüherkennung  
 für Frauen ab 20 Jahren beim Gynäkolo-  
 gen und für Männer ab 45 Jahren beim Hausarzt oder  
 Urologen