

WICHTIG FÜR MÄNNER UNTER 35 JAHREN



Sofern Sie Mitglied und jünger als 35 Jahre sind, ist von Ihnen **eine** zusätzliche Voraussetzung zu erfüllen.

Bitte weisen Sie uns **eine** der folgenden Voraussetzungen nach, wenn Ihr altersgerechter Body-Mass-Index nicht bestätigt werden konnte.

Ich bin Mitglied in einem

Fitnessstudio oder Sportverein

(Bitte Bestätigung beifügen)

Ich habe folgenden Präventionskurs durchgeführt:

(Bitte Teilnahmebestätigung beifügen)

KIND



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

Krebs-Vorsorgeuntersuchung Frauen ab 20 Jahren

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

KIND



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

Krebs-Vorsorgeuntersuchung 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:

Kontonummer/BAN

Bankleitzahl

Bank

ggf. abweichender Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

HEK Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90 · 22041 Hamburg

HEK-Team Direkt:
0800 0 213213 (kostenfrei)
www.hek.de

01.14



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Sie erhalten den Gesund-Leben-Bonus, wenn Sie, soweit Sie und Ihre bei der HEK versicherten Angehörigen zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die nachfolgenden Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen nachweisen:

- Altersentsprechender Impfschutz
- Zahngesundheitsuntersuchung (ab 18 Jahren einmal jährlich, bis 18 Jahre zweimal jährlich)
- Gesundheits-Check-up (ab 35 Jahren alle 2 Jahre)
- Frauen: Krebs-Vorsorgeuntersuchung (ab 20 Jahren einmal jährlich)
- Männer: Krebs-Vorsorgeuntersuchung (ab 45 Jahren einmal jährlich)
- Nichtraucher/in seit mindestens sechs Monaten

Bitte lassen Sie die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen von Ihrem behandelnden Arzt bzw. Zahnarzt in diesem Gesund-Leben-Bonusheft dokumentieren.

(Zutreffende Felder bitte ankreuzen und durch den Arzt mit Stempel bestätigen lassen.)

Das Gesund-Leben-Bonusheft ist bis spätestens 31. März des Folgejahres einzureichen.

Sie erhalten den Gesund-Leben-Bonus von bis zu 160 Euro plus 50 Euro je mitversicherten Familienangehörigen pro Jahr für die nachgewiesenen Kosten einer zu Beginn der Mitgliedschaft neu abgeschlossenen Krankenzusatzversicherung, Pflegezusatzversicherung, Unfallversicherung oder Altersvorsorgeversicherung.

Liegen die nachgewiesenen Kosten unterhalb der Bonushöhe, erfolgt die Erstattung maximal in Höhe der nachgewiesenen Kosten.

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

Krebs-Vorsorgeuntersuchung

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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

Krebs-Vorsorgeuntersuchung

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

WICHTIG FÜR FRAUEN UNTER 20 JAHREN



Sofern Sie Mitglied und jünger als 20 Jahre sind, ist von Ihnen **eine** zusätzliche Voraussetzung zu erfüllen.

Bitte weisen Sie uns **eine** der folgenden Voraussetzungen nach, wenn Ihr altersgerechter Body-Mass-Index nicht bestätigt werden konnte.

Ich bin Mitglied in einem

Fitnessstudio oder Sportverein

(Bitte Bestätigung beifügen)

Ich habe folgenden Präventionskurs durchgeführt:

(Bitte Teilnahmebestätigung beifügen)



*inkl. Nichtraucher, sonst 135 Euro