

# MEIN GESUNDHEITS-PASS

## HOLEN SIE DAS MAXIMUM HERAUS

### 1.+2. SCHRITT

# 100€

Gesundheitsbewusste Aktivitäten

### + ZUSATZBONUS

# 20€

Professionelle Zahnreinigung

# 30€

Alternative Heilmethoden

# =150€

Besuchen Sie unsere Website, um mehr über unseren Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten zu erfahren:

[www.wmf-bkk.de/bonus](http://www.wmf-bkk.de/bonus)

## AUCH FÜR IHRE GESUNDHEIT

WMF Betriebskrankenkasse

Eberhardstraße

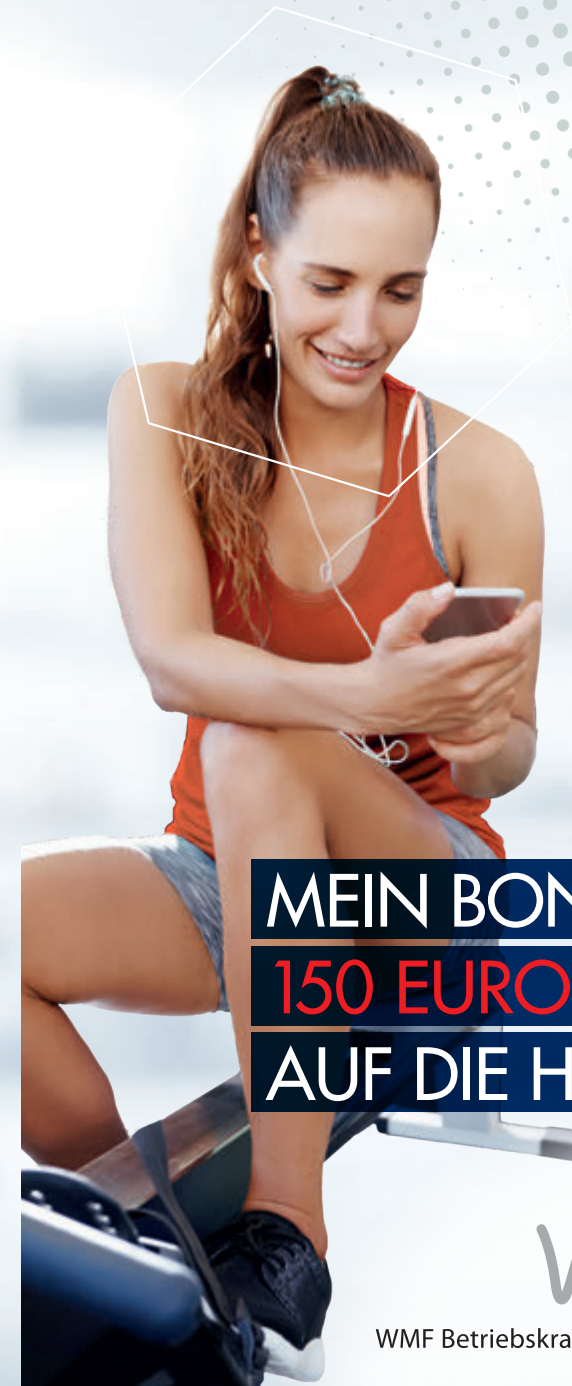
73312 Geislingen

service@wmf-bkk.de · www.wmf-bkk.de

Telefon 07331 25-8264

Telefax 07331 25-7539

heute. morgen. immer.



## MEIN BONUS

# 150 EURO

## AUF DIE HAND



WMF Betriebskrankenkasse



# HOLEN SIE SICH IHREN BONUS GANZ EINFACH

Tun Sie etwas für Ihre Gesundheit und lassen Sie sich dafür belohnen. Die erforderlichen Nachweise sind pro Kalenderjahr zu erbringen.

## 1. SCHRITT

Mitgliedschaft in einem  
Fitnessstudio oder Sportverein

Aktives Mitglied (Fitnessstudio, Sportverein)

**1**

Datum, Stempel, Unterschrift

Krebsfrüherkennung

Krebsfrüherkennung  
Frauen ab 20 Jahre | Männer ab 45 Jahre

**2**

Datum, Stempel, Unterschrift

Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V

18 bis 34 Jahre: einmalig  
ab 35 Jahre: alle 3 Jahre

**3**

Datum, Stempel, Unterschrift



## 2. SCHRITT

Um **100 Euro Bonus** zu erhalten, benötigen Sie  
nach **SCHRITT 1.** nur noch **drei der Felder 4-12**

Zahnvorsorge

**4**

Abzustempeln vom Zahnarzt  
Datum, Stempel, Unterschrift

Aktueller Impfschutz

**5**

Abzustempeln vom Hausarzt  
Datum, Stempel, Unterschrift

Nichtraucher (mind. 6 Monate)

**6**

Bitte selbst ausfüllen  
Datum, Unterschrift

Body-Mass-Index (Berechnung: [www.wmf-bkk.de](http://www.wmf-bkk.de))

**7**

Bitte selbst ausfüllen  
Datum, Unterschrift

Sport-/Leistungsabzeichen

**8**

Datum, Stempel, Unterschrift

Bewegung (Präventionskurs)

**9**

Abzustempeln vom Kursleiter  
Datum, Stempel, Unterschrift

Stressreduktion/Entspannung (Präventionskurs)

**10**

Abzustempeln vom Kursleiter  
Datum, Stempel, Unterschrift

Ernährung (Präventionskurs)

**11**

Abzustempeln vom Kursleiter  
Datum, Stempel, Unterschrift

Genuss-/Suchtmittel (Präventionskurs)

**12**

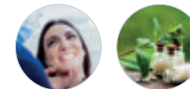
Abzustempeln vom Kursleiter  
Datum, Stempel, Unterschrift



## ZUSATZBONUS



Den jeweiligen Zusatzbonus erhalten Sie,  
wenn die **SCHRITTE 1. und 2.** erfüllt sind.



**Professionelle Zahnreinigung 20 Euro**    **Alternative Heilmethoden 30 Euro**

Professionelle Zahnreinigung

**13**

Bitte Quittung beifügen

Alternative Heilmethode(n) nach Hufeland-VZ\*

**14**

Bitte Quittung beifügen

\* Hufeland-Verzeichnis

# MEIN GESUNDHEITS-PASS



## Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

## Meine Kontodaten für die Überweisung des Bonus

Kontoinhaber

IBAN (22 Stellen)

Bank/Institut

## Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Datum, Unterschrift

**X**