

SO FUNKTIONIERT DAS BONUSPROGRAMM

- › Teilnehmen können alle BKK B. Braun Aesculap-Versicherten. Jedes Familienmitglied benötigt ein eigenes Bonusheft.
- › Das Bonusheft ist immer für ein Kalenderjahr gültig. Die bestätigten Maßnahmen müssen im selben Kalenderjahr erbracht worden sein, um einen Bonus zu erhalten.
- › Alle Bonusmaßnahmen sind im Bonusheft mit Datum der Inanspruchnahme, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers zu bestätigen. Sollte dies nicht möglich sein, kann alternativ ein entsprechender Nachweis beigelegt werden.
- › Sie erhalten 100 Euro als Guthaben im Gesundheitskonto, wenn **mindestens drei von acht Maßnahmen** nachgewiesen sind. Von dem Guthaben können privat gezahlte gesundheitsorientierte Leistungen bezuschusst werden.
- › Das Bonusheft muss **bis spätestens 31.03. des Folgejahres** eingereicht werden, da sonst der Bonus verfällt.
- › Neben der Einreichung des Bonushefts in Papierform, kann dies alternativ auch digital über die BKK Online-Geschäftsstelle erfolgen.
- › Weiterführende Informationen, beispielsweise welche Leistungen von dem Guthaben bezuschusst werden können und was für die Erstattung benötigt wird oder wie die digitale Abwicklung funktioniert, erfahren Sie unter www.bkk-bba.de/bonusprogramm



www.dsgt1.de

Stand 11.21

BKK B. Braun Aesculap
Grüne Straße 1 · 34212 Melsungen
Jetterstraße 13/1 · 78532 Tuttlingen

» freecall 0800 2272830
info@bkk-bba.de · www.bkk-bba.de



Bonusheft

BKK CleverGesund



Gesundheitsbewusstes
Verhalten wird belohnt.
Erhalten Sie 100 Euro jährlich.

BONUSJAHR 20 _ _

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Bankverbindung für den Zuschuss meiner erstattungsfähigen Rechnungen

IBAN

Bankinstitut

Kontoinhaber (falls abweichend)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben im Bonusheft wahrheitsgemäß sind.

Datum, Unterschrift des Teilnehmenden/gesetzlich Vertretenden

Telefonnummer des Teilnehmenden (freiwillig*)

* Freiwillig gemachte Angaben können jederzeit widerrufen werden. Dazu genügt eine formlose Nachricht an uns. Diese Angaben werden ausschließlich zur Erledigung der gesetzlichen Aufgaben verwendet.

GESUNDHEITSSTATUS

Gilt bereits als erfüllt, wenn eine Maßnahme nachgewiesen wird.

- Body-Mass-Index (BMI)** liegt im Normbereich
- BMI-Wert wurde um min. 5 BMI-Punkte ohne bariatrischen (gewichtsreduzierenden) Eingriff gesenkt**
Ärztlich bestätigte Gewichtsreduktion im Zeitraum von 12 Monaten.
Das Gewicht darf das Idealgewicht nicht unterschreiten.
- Waist-to-Height-Ratio (WHtR)** altersentsprechend im Normbereich
- Blutdruckwert im Normbereich (BD)**
systolisch unter 140 mmHg und/oder diastolisch unter 90 mmHg

Feststellungsdatum, Arztstempel, Unterschrift

SPORT – MITGLIEDSCHAFTSGEBUNDEN

Die aktive Mitgliedschaft muss im Bonusjahr bestanden haben.

Regelmäßiger Sport in einem Sportverein oder einer anderen Institution (z. B. qualifiziertes Fitnessstudio, Hochschulsport)

Nachweis einer aktiven Mitgliedschaft (mind. 6 Monate)

Datum, Stempel, Unterschrift des Anbieters

BEWEGUNGSAKTIVITÄTEN

Alternativ kann auch eine Teilnahmebestätigung beigelegt werden.

Vorbereitung/Teilnahme an geführten Bewegungsaktivitäten

z. B. Stadt-/Volkslauf, Marathonläufe, Lauftreffen sowie andere regelmäßige Aktivitäten unter qualifizierter Anleitung

Datum/Zeitraum der Bewegungsaktivität

Name der Bewegungsaktivität

Datum, Stempel, Unterschrift des Anbieters

SPORTVERANSTALTUNG

Alternativ kann auch eine Teilnahmebestätigung beigelegt werden.

Teilnahme an einer Sportveranstaltung

z. B. Laufwettbewerbe, Radsport, Nordic-Walking-Veranstaltungen, Schwimm- und Wanderwettbewerbe

Datum der Veranstaltung

Name der Veranstaltung

Datum, Stempel, Unterschrift des Anbieters

BITTE REICHEN SIE IHR BONUSHEFT BIS SPÄTESTENS ZUM 31.03. DES FOLGEJAHRES EIN.

QUALITÄTSGESICHERTE PRÄVENTIONSMASSNAHME

Alternativ kann auch eine Teilnahmebestätigung beigelegt werden.

Gesundheitskurs/-reise nach Präventionsleitfaden (§ 20 SGB V)

z. B. Rückenschule, Aktivwoche, Well-Aktiv

Zeitraum der Maßnahme

Name der durchgeführten Maßnahme

Stempel, Unterschrift des Anbieters

NICHTRAUCHERSTATUS

Nichtraucher seit mindestens 6 Monaten

Bestätigt durch einen Arzt oder Zahnarzt

Feststellungsdatum, Arztstempel, Unterschrift

FAMILIENSPORT

Alternativ kann auch eine Teilnahmebestätigung beigelegt werden.

Regelmäßige Teilnahme am Baby-Schwimmkurs, Eltern-Kind-Turnen unter qualifizierter Übungsleitung

Zeitraum der Maßnahme

Name der durchgeführten Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift des Anbieters

BETRIEBSSPORT

Regelmäßiger betrieblicher Sport außerhalb der Arbeitszeit

Zeitraum der Maßnahme

Name der durchgeführten Maßnahme

Datum, Stempel, Unterschrift des Anbieters