

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

AUCH FÜR IHRE GESUNDHEIT

WMF Betriebskrankenkasse

Eberhardstraße

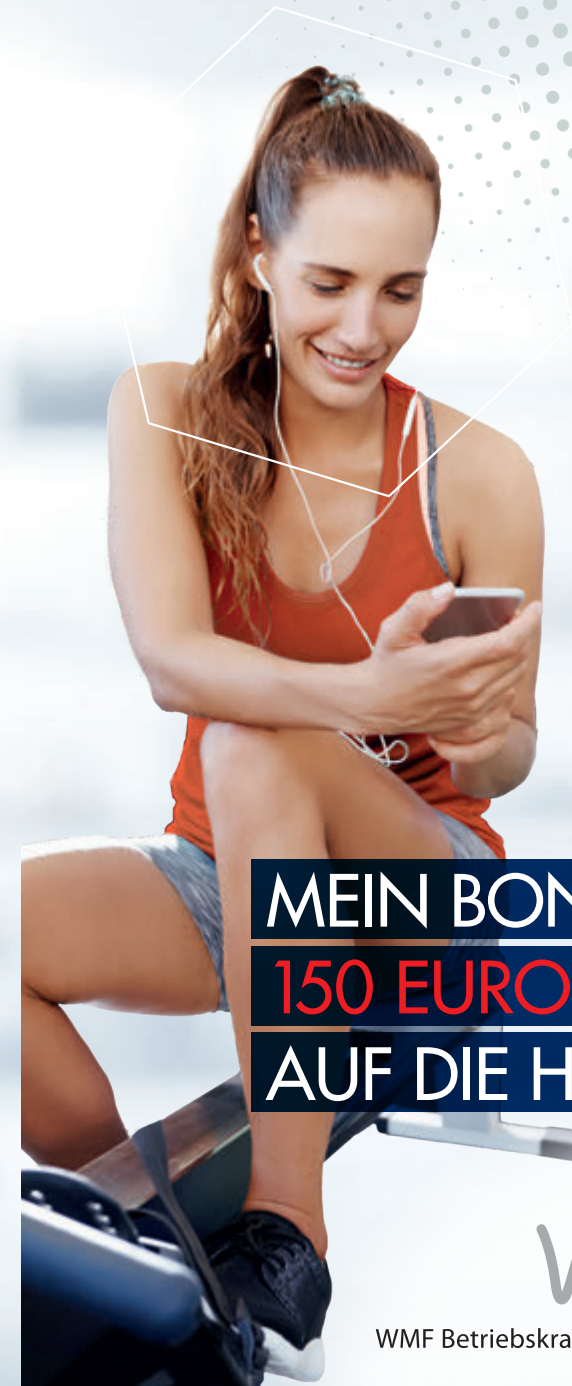
73312 Geislingen

service@wmf-bkk.de · www.wmf-bkk.de

Telefon 07331 9334-500

Telefax 07331 9334-509

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)

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

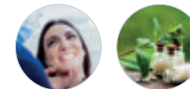
Abzustempeln vom Kursleiter
Datum, Stempel, Unterschrift



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