



BKK PFAFF
 Pirmasenser Str. 132
 67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-0
 Telefax: 0631 31876-99
 info@bkk-pfaff.de

Bonusantrag für Versicherte

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____

Bitte nur im Jahr 2025 durchgeführte Maßnahmen mit Datum, Stempel und Unterschrift bestätigen lassen und bis spätestens **31.03.2026** einreichen. Eine Bonuszahlung erfolgt bei mindestens 3 maximal 5 nachgewiesenen Maßnahmen, sofern ein Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt der Antragstellung besteht.

<p>Gesundheits-Check-up ab 35 Jahre: alle 3 Jahre 18 – 34 Jahre: einmalig</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>	<p>Darmkrebsvorsorge 1 x jährlich ab 50 Jahre / ab 55 Jahre: alle 2 Jahre (Stuhltest) oder alle 10 Jahre als Darmspiegelung</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>
<p>Krebsvorsorge 1 x jährlich Frauen ab 20 Jahre gynäkologisch Männer ab 45 Jahre Prostata</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>	<p>Bauchaorten-Screening einmalig Männer ab 65 Jahre</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>
<p>Schutzimpfung Der Impfschutz gegen Masern, Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>	<p>Erfolgreiche Teilnahme an einem Präventionskurs (nach § 20 SGB V zertifiziert)</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>
<p>Zahnvorsorge 1 x jährlich</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>	<p>Erwerb des deutschen Sportabzeichens (DOSB)</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>
<p>Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre (ab 35 Jahre)</p> <p>Untersuchungsdatum: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>	<p>Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel</p>

Die Überweisung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kreditinstitut (Name): _____

IBAN: _____

Steuer ID: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

_____ Telefonnummer für Rückfragen