



**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.

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

Die Überweisung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_