

Rechnungen folgender Gesundheitsleistungen können wir bezuschussen:

- ✓ Brillengläser und Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehstärke, Sehtest*
- ✓ Erweiterte zahnmedizinische Leistungen, Zahnersatz, Zahnerhalt, Vorsorge*
- ✓ Gesundheits-, Sport- und Fitnesskurse (auch online)*
- ✓ IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)*:
www.igel-monitor.de/
- ✓ Private Zusatzversicherungsverträge
- ✓ Mitgliedschaft im Sportverein / Fitnessstudio, sportmedizinische Untersuchung und Beratung, Sportveranstaltungen (Start-/Teilnahmegebühren)
- ✓ Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchung*
- ✓ Akupunktur* und anthroposophische Heilmittel (z. B. Kunsttherapie, Heileurythmie, rhythmische Massagen)
- ✓ Leistungen nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis (Methoden der Komplementärmedizin und Naturheilkunde) der besonderen Therapierichtungen

* sofern die Satzungsleistungen der Krones BKK bereits ausgeschöpft sind

Sie haben je nachgewiesener Vorsorgemaßnahme / sportlicher Aktivität einen Anspruch auf **10 Euro**.

Der maximale Geldbonus für Erwachsene beträgt **100 Euro** im Kalenderjahr. Für Kinder beträgt der maximale Geldbonus **50 Euro** im Kalenderjahr.

Ein **Zusatzbonus** kann nur erworben werden, wenn mindestens ein Punkt aus dem Grundbonus erfüllt wurde.

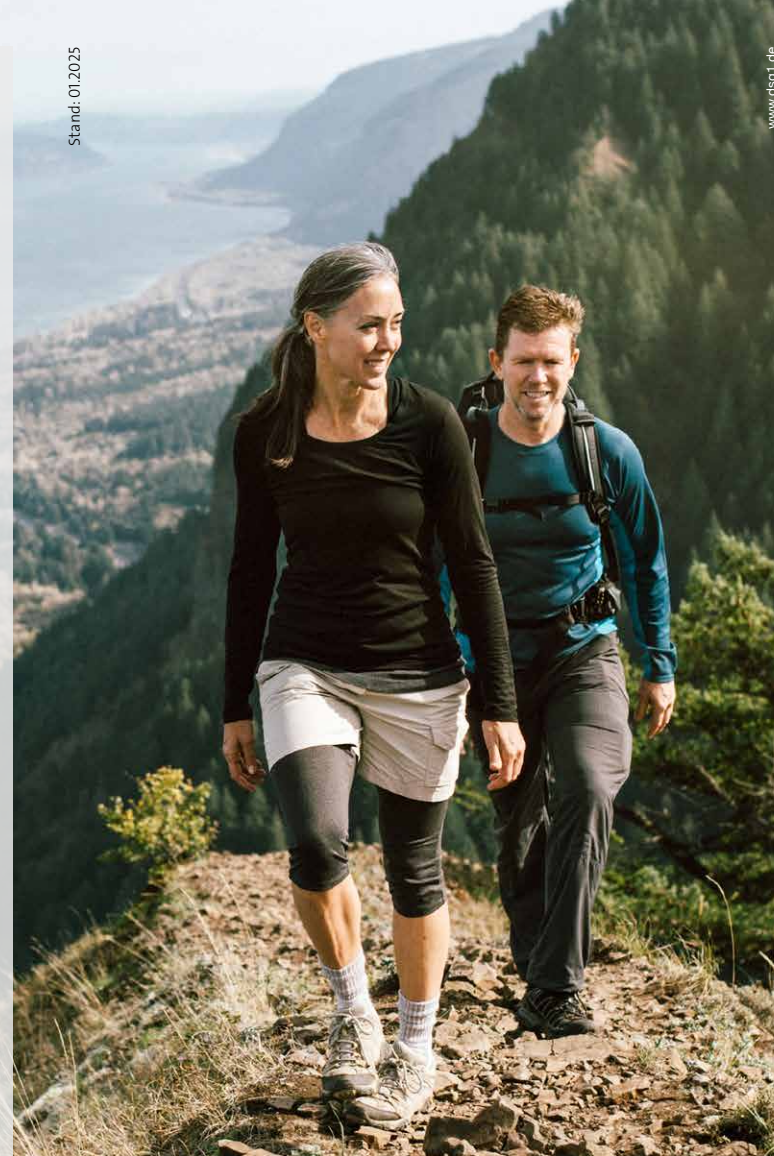
Sie können Ihren Geldbonus in einen Bonus für Gesundheitsleistungen umwandeln. Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen erhöht sich um den 3-fachen Satz. Für Erwachsene bis max. **300 Euro**, für Kinder bis max. **150 Euro**.

Beispiel:

Der Anspruch auf 100 Euro Geldbonus entspricht einem alternativen Anspruch von 300 Euro für die Bezuschussung von Gesundheitsleistungen.

Damit Ihre Punkte nicht verfallen, müssen diese spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt werden. Erworbene Punkte können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: www.krones-bkk.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/bonusmodell/

Stand: 01.2025



www.dsg1.de

kollegial



Bonusheft
für gesundheitsbewusstes Verhalten

KRONES BKK

Bayerwaldstraße 2 L
93073 Neutraubling

Tel. 09401 70-5200

bkk.info@krones.com



KRONES BKK

Heideweg 36
93149 Nittenau

Tel. 09436 307-309

www.krones-bkk.de

Ihr starker Partner
für zeitgemäße
Gesundheitsförderung.

Mehr Service. Mehr Nähe.

 **KRONES BKK**

Kalenderjahr _____

Persönliche Daten

Bitte gut leserlich eintragen: Ihre Daten/die Ihres Kindes.

Name
Vorname
Geburtsdatum
Versichertennummer

Bankverbindung

Bitte gut leserlich eintragen.

Bankinstitut
IBAN
Name
Vorname

Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen muss ein Elternteil unterschreiben.

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Krones BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website www.krones-bkk.de/datenschutz oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Grundbonus

Kinder- bzw. Jugend-Gesundheitsuntersuchung

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Gesundheits-Check (zw. 18. und 34. Lebensjahr einmalig / ab 35 Jahren alle 3 Jahre)

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Krebsfrüherkennung (Frauen ab dem 20. / Männer ab dem 45. Lebensjahr)

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Impfstatus bzw. Schutzimpfung

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Zahnvorsorge

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Zusatzbonus

Immunologischer Stuhltest

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Professionelle Zahnreinigung

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Mitgliedschaft Fitness-Studio / Sportverein

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Studios / Vereins

Maßnahmen zur betriebl. Gesundheitsförderung Ihres Arbeitgebers

Art / von – bis _____

Art / von – bis _____

Veranstaltung im Ausdauersport

Name der Veranstaltung, Durchführungsdatum

Zertifizierter Präventionskurs

Art / von – bis _____

Art / von – bis _____

Sport- / Schwimmabzeichen oder sportlicher Leistungsnachweis

Art / von – bis _____

Art / von – bis _____

Blutspende

Termin 1 _____

Termin 2 _____

Hautkrebs-Screening

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes

Sonstige Früherkennungsuntersuchung

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Arztes