

## 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/](http://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 **12,50** 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.

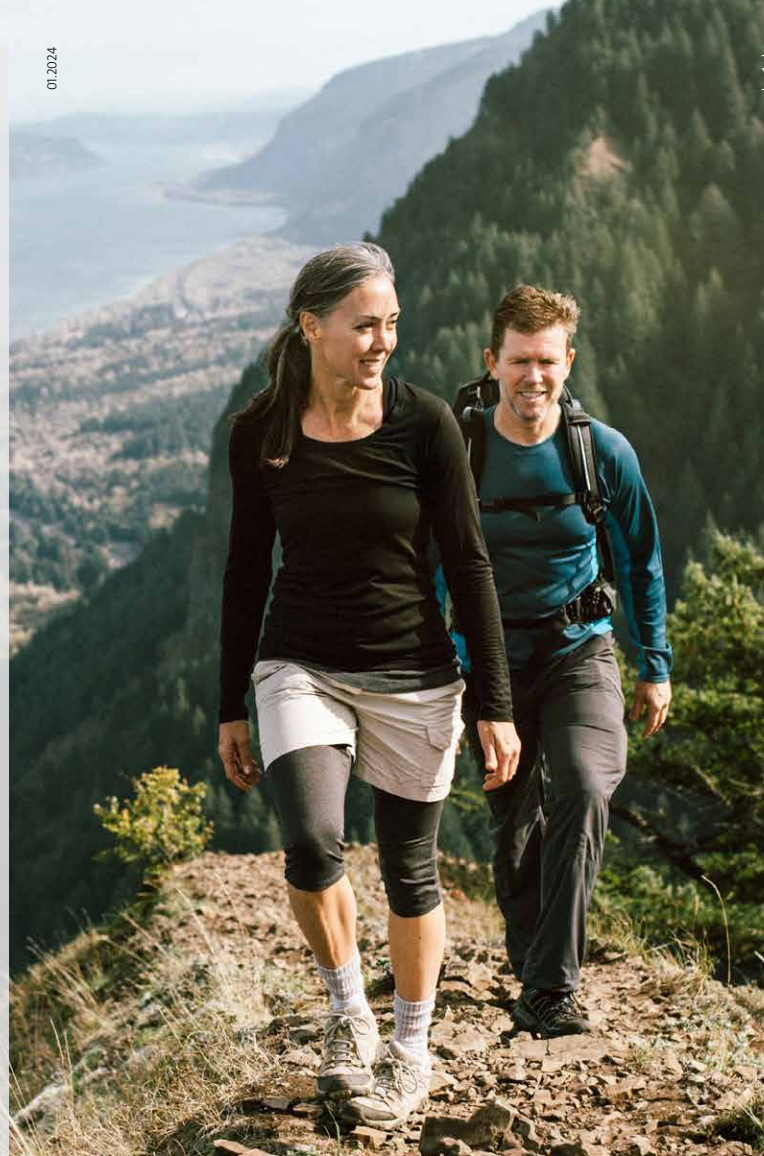
Sie können Ihren Geldbonus in einen Bonus für Gesundheitsleistungen umwandeln. Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen erhöht sich um den 3-fachen Satz. Für Erwachsene bis max. **300** Euro, für Kinder bis max. **150** Euro.

### 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/](http://www.krones-bkk.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/bonusmodell/)

01.2024



www.dsfgf.de

kollegial



## Bonusheft VorsorgePlus

### KRONES BKK

Bayerwaldstraße 2 L  
93073 Neutraubling

Tel. 09401 70-5200

[bkk.info@krones.com](mailto:bkk.info@krones.com)



### KRONES BKK

Heideweg 36  
93149 Nittenau

Tel. 09436 307-309

[www.krones-bkk.de](http://www.krones-bkk.de)

Ihr starker Partner  
für zeitgemäße  
Gesundheitsförderung.

Mehr Service. Mehr Nähe.

 **KRONES BKK**

Kalenderjahr \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Bitte tragen Sie gut leserlich Ihre Daten oder die Ihres Kindes ein.

Name
Vorname
Geburtsdatum
Versichertennummer

## Bankverbindung

Bitte tragen Sie gut leserlich Ihre Bankverbindung ein.

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](http://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 Fitnessstudio / Sportverein

Durchführungsdatum, Unterschrift + Stempel des Studios / Vereins
--

### Maßnahmen zur betriebl. Gesundheitsförderung Ihres Arbeitgebers

Durchführungsdatum
--------------------

### Veranstaltung im Ausdauersport

Durchführungsdatum
--------------------

### Zertifizierter Präventionskurs

Art / von – bis _____
Art / von – bis _____

### Sport- / Schwimmabzeichen oder sportlicher Leistungsnachweis

Art / von – bis _____
Art / von – bis _____

Sie haben je nachgewiesener Vorsorgemaßnahme / sportlicher Aktivität einen Anspruch von 12,50 Euro.