



Gesundheit in
besten Händen

Teilnahmeerklärung

AOK PLUS Bonusprogramm

Belohnen Sie sich jetzt für Ihr gesundheitsbewusstes Verhalten.

Ja, ich bin bei der AOK PLUS versichert.

Ich wähle ab * das Bonusprogramm der AOK PLUS.

Persönliche Daten

Name*	
Vorname*	
Versichertennummer*	
Telefon (für Fragen)	
E-Mail (für Fragen)	
Steuer-ID*	

*Bitte füllen Sie die Pflichtfelder aus, damit das Dokument ausgedruckt werden kann.

Für 100 Punkte erhalten Sie 1 Euro. Eine Auszahlung ist jeweils ab 3.000 Punkten möglich.

Ein bestehendes Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS ist Voraussetzung.

Die Teilnahmebedingungen können Sie jederzeit online nachlesen unter:

www.aokplus.de/bonus

Mein Bonus soll auf folgende Bankverbindung ausgezahlt werden

Name, Vorname des Kontoinhabers**	
IBAN**	
BIC	
Bankinstitut**	
Datum/Unterschrift** Bei Mitgliedern unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.	
X	

** Bitte füllen Sie die Pflichtfelder aus, damit das Dokument ausgedruckt werden kann.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung der Daten ist zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ohne Ihre Angaben ist eine Bonusauszahlung nicht möglich.
Die Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben.

KI

Ihr Bonusheft für das Jahr 20__*

Name*, Vorname*	
Versichertennummer*	

*Bitte füllen Sie die Pflichtfelder aus, damit das Dokument ausgedruckt werden kann.

Bitte kreuzen Sie erbrachte Maßnahmen an, tragen Sie das Datum ein und lassen Sie diese mit Stempel/Unterschrift vom Arzt oder Leistungserbringer für das Durchführungsjahr bestätigen.

Impfung (Diphtherie/Tetanus) (J2) 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:	Krebsvorsorge 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:	Schwangerschaftsvorsorge 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:
Check-up 35 oder Haut-Check 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:	Zahnvorsorge oder Professionelle Zahnreinigung 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:	Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:
Jugendvorsorgeuntersuchung (J2) 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:	Raucherentwöhnungskurs 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:	Berufliche Tauglichkeitsuntersuchung 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Arzt:
Knochenmarktypisierung 2.000 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:	Blutspende 2.000 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:	Erste Hilfe Kurs 2.000 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:
Mitgliedschaft im Sportverein/Fitnessstudio oder Erwerb eines Fitnesstrackers (mit Kaufbeleg) 3.000 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:	Sportabzeichen 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer:	Sportveranstaltung 500 Punkte durchgeführt am: _____ Datum/Stempel/Unterschrift Leistungserbringer: