

Name, Vorname

Versichertennummer

Es ist mindestens 1 Grundmaßnahme (G) zu erfüllen. Alle Maßnahmen müssen im Bonusjahr durchgeführt worden sein. Die aufgeführten Beträge geben den jeweiligen Wert für die Geldprämie/Zweckprämie wieder. Lassen Sie die Maßnahmen vom Leistungserbringer abstempeln und unterschreiben oder kreuzen Sie das Feld an und fügen einen Nachweis bei.

|                         |                    |   |                    |                               |                    |
|-------------------------|--------------------|---|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| <b>Check-Up oder J2</b> | <b>G</b><br>5/10 € | <b>Krebsfrüherkennung (gyn.)<br/>oder HPV-Screening</b> | <b>G</b><br>5/10 € | <b>Hautkrebsfrüherkennung</b> | <b>G</b><br>5/10 € |
|                         |                    |   |                    |                               |                    |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

|   |                    |                               |                    |                            |                    |
|---|--------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| <b>Früherkennung Prostata und<br/>äußeres Genital</b> | <b>G</b><br>5/10 € | <b>Mammographie-Screening</b> | <b>G</b><br>5/10 € | <b>Darmkrebs-Screening</b> | <b>G</b><br>5/10 € |
|   |                    |                               |                    |                            |                    |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

|  |                    |                     |                               |                      |                     |
|--|--------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>Früherkennung<br/>Bauchaortenaneurysmen</b> | <b>G</b><br>5/10 € | <b>Zahnvorsorge</b> | <b>G bis 17 J.</b><br>10/20 € | <b>Schutzimpfung</b> | <b>G</b><br>10/20 € |
|  |                    |                     |                               |                      |                     |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

|   |                     |                                 |                     |  |                     |
|---|---------------------|---------------------------------|---------------------|--|---------------------|
| <b>Gesundheitskurs, aktive<br/>Mitgliedschaft, digit. Sport</b> | <b>G</b><br>25/50 € | <b>Sport-Leistungsabzeichen</b> | <b>G</b><br>25/50 € | <b>Teilnahme an 2 organisierten<br/>Sportveranstaltungen</b> | <b>G</b><br>25/50 € |
|   |                     |                                 |                     |  |                     |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Feld ankreuzen und Urkunde beifügen

Felder ankreuzen und Urkunden beifügen

|                                   |                |                     |                 |                                 |                |
|-----------------------------------|----------------|---------------------|-----------------|---------------------------------|----------------|
| <b>Sportmedizinische Vorsorge</b> | <b>25/50 €</b> | <b>BGM-Maßnahme</b> | <b>50/100 €</b> | <b>Geburtsvorbereitungskurs</b> | <b>25/50 €</b> |
|                                   |                |                     |                 |                                 |                |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

|                                 |                |   |                |   |               |
|---------------------------------|----------------|---|----------------|---|---------------|
| <b>Schwangerschaftsvorsorge</b> | <b>10/20 €</b> | <b>Professionelle<br/>Zahnreinigung</b> | <b>10/20 €</b> | <b>Check-Up, Haut-/<br/>Darmkrebsvorsorge,<br/>(als Vertragsleistung oder IGeL)</b> | <b>5/10 €</b> |
|                                 |                |   |                |   |               |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

|                           |               |  |                            |                                 |               |
|---------------------------|---------------|--|----------------------------|---------------------------------|---------------|
| <b>BMI im Normbereich</b> | <b>5/10 €</b> | <b>Cholesterin / Blutzucker im<br/>Normbereich</b> | <b>je</b><br><b>5/10 €</b> | <b>Blutdruck im Normbereich</b> | <b>5/10 €</b> |
|                           |               |  |                            |                                 |               |

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Für die Einlösung des Bonus reichen Sie bitte die 2. Seite vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein.  
**Noch schneller zur Prämie mit der BERGISCHEN App!** Gern können Sie uns Ihre Unterlagen auch einfach und sicher mit der App der BERGISCHEN übermitteln. Sie haben die App noch nicht?  
 Unter [www.bergische-krankenkasse.de/app](http://www.bergische-krankenkasse.de/app) ist sie schnell installiert. Noch einfacher geht es mit dem QR-Code.



Name, Vorname Versichertennummer

**Hinweis:** Mit der Einlösung bzw. dem Übertrag Ihres Bonus schließen Sie das Bonusjahr ab, eine nachträgliche Änderung ist nicht möglich.

Steuer-ID: \_\_\_\_\_

IBAN liegt vor

IBAN (neu): \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

Ich wähle die Geldprämie.

Ich wähle eine Zweckprämie. Bitte ankreuzen und Rechnung beifügen. Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_ €

Ich wähle den Bonusübertrag ins nächste Bonusjahr. (Es können max. 2 aufeinanderfolgende Bonusjahre gemeinsam eingelöst werden.)

**Sportbudget**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag Fitnessstudio                           | <input type="checkbox"/> Gesundheitskurs außerhalb § 20 SGB V  |
| <input type="checkbox"/> digitales Sportangebot                                | <input type="checkbox"/> Aus-/Fortbildung zum Übungsleiter oder Trainer                                  |
| <input type="checkbox"/> Sport- und Fitnessausrüstung (1 Artikel bis zu 100 €) | <input type="checkbox"/> Gerät zur Messung der Bewegungsintensität (z. B. Fitnesstracker) (alle 2 Jahre) |

**Zahnbudget**

Professionelle Zahnreinigung

**Alternative Behandlung**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Chiropraktik   |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur  | <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis und Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker |

**Geburtsvorbereitungskurs**

Geburtsvorbereitungskurs einer Begleitperson

**Sehhilfen**

Brillen oder Kontaktlinsen (alle 3 Jahre)

**IGEL-Budget**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hautkrebscreening mit Auflichtmikroskopie           | <input type="checkbox"/> Glaukom-Vorsorge, inklusive Augeninnendruck und Spiegelung Augenhintergrund |
| <input type="checkbox"/> PSA-Wertmessung                                     | <input type="checkbox"/> Osteoporose-Screening (Knochendichtemessung)                                |
| <input type="checkbox"/> Mammographievorsorge unter 50 Jahre                 | <input type="checkbox"/> HPV-Impfung 18-26 Jahre   |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung (Brust, Unterleib, Spirale) | <input type="checkbox"/> Chlamydien-Screening  |
| <input type="checkbox"/> Klimakterium-Sprechstunde                           | <input type="checkbox"/> Check-Up (außerhalb gesetzl. Rhythmus)                                      |
| <input type="checkbox"/> Thin-Prep-Abstrich                                  | <input type="checkbox"/> Venen-Check   |
| <input type="checkbox"/> FOBplus-Stuhltest bei Darmkrebsvorsorge             |  |

**Versicherungsbudget**

Private Zusatzversicherung (zur Kostenübernahme-/ergänzung von Sehhilfen, Naturheilverfahren oder Zahnersatz)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Bonusjahr:** \_\_\_\_\_

| Nachweis  |   |
|---|---|
| Fitnessstudio   | Sportverein   |
| <b>Regelmäßigkeit</b><br><small>(Richtwert für ein regelmäßigen Training: durchschnittlich 2x monatlich)</small>  |   |
| <input type="checkbox"/> Oben genannte Person ist aktives Mitglied unseres Fitnessstudios und hat im Bonusjahr regelmäßig in unserem Fitnessstudio trainiert. | <input type="checkbox"/> Oben genannte Person ist aktives Mitglied unseres Sportvereins und hat im Bonusjahr regelmäßig in unserem Sportverein trainiert. |

| Qualitätsgarantie  |  |
|--|--|
| Das Fitnessstudio hat/ist ...  | Der Sportverein ist ...  |
| <input type="checkbox"/> TÜV-zertifizierte Trainingsgeräte<br><input type="checkbox"/> Lizenzierte Trainer (A-Lizenz) oder Trainer mit einschlägigem Studien-/Ausbildungsabschluss<br><input type="checkbox"/> Anbieter von Gesundheitskursen<br><input type="checkbox"/> Anbieter von Präventionskursen nach 20 SGB V<br><input type="checkbox"/> Anbieter für Rehasport nach 44 III SGB IX | <input type="checkbox"/> eine Mitgliedsorganisation des Deutschen Sportbundes oder einer ähnlichen anerkannten Organisation. |

| Beitragsnachweis   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Im Bonusjahr wurde ein Beitrag in Höhe von ..... € gezahlt. |  |

|   |   |
|---|---|
| <small>Datum, Unterschrift/Stempel des Fitnessstudios</small> | <small>Datum, Unterschrift/Stempel des Sportvereins</small> |
|---|---|

## Erläuterungen zum FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm

### Was ist das FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm?

Mit dem FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm belohnen wir Ihre Vorsorge und Ihr gesundheitliches Engagement.

Das Bonusprogramm steht allen Versicherten zur Verfügung. Deshalb bieten wir drei verschiedene Bonus-Schecks an:

- Babys im ersten Lebensjahr (B)
- Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre (K)
- Jugendliche und Erwachsene ab 16 Jahren (E)

Welche Gesundheitsmaßnahmen Teil des Bonusprogramms sind, entnehmen Sie den jeweiligen Bonus-Schecks. Die gesammelten Maßnahmen können Sie im Anschluss wahlweise für eine Geld- oder Zweckprämie einlösen.

### Wie nehme ich am Bonusprogramm teil?

Um am FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm teilzunehmen, bedarf es keiner vorherigen Anmeldung. Sie füllen automatisch Ihr FlexiBonus<sup>2</sup>-Guthaben, indem Sie die jeweiligen Maßnahmen (siehe Bonus-Scheck) wahrnehmen und sich von Ihrem Leistungserbringer einen Stempel und Unterschrift oder Beleg für die erbrachte Leistung geben lassen.

Hinweis: Für die Ausstellung von Nachweisen durch Leistungserbringer übernimmt die BERGISCHE keine Kosten.

### Bis zu welchem Datum kann ich Gesundheitsmaßnahmen im FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm durchführen?

Ein Bonusjahr umfasst ein Kalenderjahr. Die Maßnahmen müssen also vom 1. Januar bis 31. Dezember durchgeführt worden sein. Der Bonus-Scheck mit sämtlichen Nachweisen soll bis zum 30. September des übernächsten Jahres bei der BERGISCHEN eingegangen sein.

### Wie löse ich mein Guthaben ein?

Sie lösen Ihr Guthaben ein, indem Sie die Auszahlung Ihrer Geld- bzw. Zweckprämie oder den Bonusübertrag ins Folgejahr mit dem Bonus-Scheck E1, K1 oder B1 beantragen. Fügen Sie bei Bedarf auch die benötigten Nachweise bei.

Die Auszahlung Ihres Guthabens ist einmal jährlich ab mindestens einer Grundmaßnahme (mit „G“ auf dem Bonus-Scheck gekennzeichnet) möglich.

Je mehr Maßnahmen Sie wahrnehmen, desto größer ist Ihr Guthaben, welches Sie zur Auszahlung oder zum Übertrag verwenden können.

### Geldprämie

Pro Bonusjahr können maximal 130 € und bei Babys 150 € ausgezahlt werden.

### Zweckprämie

Pro Bonusjahr können maximal 300 € ausgezahlt werden.

Entscheiden Sie sich für eine Zweckprämie, brauchen wir als Nachweis eine zweckgebundene Rechnung. Die Einlösung der Zweckprämie ist pro Kalenderjahr für **eine** Rechnung, Leistung, Behandlungsserie aus bis zu drei Behandlungen oder einen Artikel möglich (siehe Bonus-Scheck E2, K2, B2). Das Rechnungsdatum der Zweckprämie muss im Bonusjahr liegen.

### Bonusübertrag

Es können maximal zwei aufeinanderfolgende Bonusjahre gemeinsam eingelöst werden (erstmalig von 2023 in 2024). Das Rechnungsdatum der Zweckprämie muss im Falle der Übertragung in den zwei zusammengelegten Bonusjahren liegen.

### Steuerrechtlicher Hinweis

Wir sind nach dem Bürgerentlastungsgesetz verpflichtet, Ihre Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden. Ausgezahlte Prämien oder Boni gelten aus Sicht des Finanzministeriums als Beitragserstattung und reduzieren diese Aufwendungen. Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Finanzamt. Die BERGISCHE ist zur Meldung gesetzlich verpflichtet. Daher ist die Angabe der Steuer-ID unbedingt notwendig.

### Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf [bergische-krankenkasse.de/datenschutz](https://bergische-krankenkasse.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@bergische-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@bergische-krankenkasse.de).

### Weitere Informationen

Das Nähere bestimmt § 33 der Satzung der BERGISCHEN. Diese finden Sie auf [bergische-krankenkasse.de/satzung](https://bergische-krankenkasse.de/satzung).

## Erläuterungen zum FlexiBonus<sup>2</sup>-Bonusprogramm

| Grundmaßnahmen   | ab 16 J. | Kinder | Babys |
|--|----------|--------|-------|
| <b>Vorsorgeuntersuchungen</b>  |          |        |       |
| Check-Up ab 18 Jahre (einmalig)  | x        |        |       |
| Check-Up ab 35 Jahre (alle 3 Jahre)  | x        |        |       |
| Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankung des Genitals ab 20 Jahre (Frauen, jährlich)                         | x        |        |       |
| Früherkennung Brustkrebs ab 30 Jahre (Frauen, alle 3 Jahre)  |          |        |       |
| HPV-Screening ab 35 Jahre (Frauen, alle 3 Jahre)   |          |        |       |
| Früherkennung Hautkrebs ab 35 Jahre (alle 2 Jahre)   | x        |        |       |
| Früherkennung Prostata und äußeres Genital ab 45 Jahre (Männer, jährlich)  | x        |        |       |
| Mammographie-Screening 50-70 Jahre (Frauen, alle 2 Jahre)  | x        |        |       |
| Darmkrebs-Screening 50-54 Jahre (Frauen, jährlicher Stuhltest)   | x        |        |       |
| Darmkrebs-Screening 50-54 Jahre (Männer, jährlicher Stuhltest oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von mindestens 10 Jahren) | x        |        |       |
| Darmkrebs-Screening ab 55 Jahre (alle 2 Jahre Stuhltest oder 2 Darmspiegelungen im Abstand von mindestens 10 Jahren)       | x        |        |       |
| Früherkennung Bauchaorten-aneurysmen ab 65 Jahre (Männer, einmalig)  | x        |        |       |
| U1 bis U6  |          |        | x     |
| U7, U7a, U8, U9, U10, U11, J1  |          | x      |       |
| J2   | x        |        |       |
| Neugeborenen-Hörscreening  |          |        | x     |
| Kinderzahnärztliche Untersuchung 6. – 9. Lebensmonat (einmalig)  |          |        | x     |
| Kinderzahnärztliche Untersuchung 10. – 20 Lebensmonat (einmalig)   |          | x      |       |
| Kinderzahnärztliche Untersuchung 21. – 33. Lebensmonat (einmalig)  |          | x      |       |
| 3 Kinderzahnärztliche Untersuchungen 34. Lebensmonat bis Vollendung 6. Lebensjahr (Abstand mindestens 12 Monate)           |          | x      |       |
| Kinderzahnärztliche Untersuchung 6 – 17 Jahre (jährlich)   | x        | x      |       |
| <b>Schutzimpfung</b>   |          |        |       |
| Schutzimpfung  | x        | x      | x     |
| <b>Prävention und Bewegung</b>   |          |        |       |
| Prävention o. ä. qualitätsgesicherter Gesundheitskurs  |          | x      |       |
| aktive Mitgliedschaft im Sportverein   |          |        |       |
| aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio mit qualitätsgesichertem Training, Hochschul- oder Betriebssport                    | x        |        |       |
| digitale Sportangebote   |          |        |       |
| Leistungsabzeichen (z. B. Sportabzeichen, Wandern, Schwimmen)  | x        | x      |       |
| Organisierte Sportveranstaltung (z. B. Laufen, Schwimmen, Triathlon)   | x        | x      |       |

| Weitere Maßnahmen  | ab 16 J. | Kinder | Babys |
|--|----------|--------|-------|
| Zahnvorsorge ab 18 Jahre   | x        |        |       |
| Professionelle Zahnreinigung   | x        | x      |       |
| Schwangerschaftsvorsorge   | x        |        |       |
| Teilnahme an BGM-Maßnahme  | x        |        |       |
| Geburtsvorbereitungskurs Schwangere o. Partner                         | x        |        |       |
| Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung                                 | x        | x      |       |
| Zahnversiegelung   |          | x      |       |
| "Check-Up, Haut-/ Darmkrebsvorsorge, (als Vertragsleistung oder IGEL)" | x        |        |       |

| Weitere Maßnahmen          | ab 16 J. | Kinder | Babys |
|----------------------------|----------|--------|-------|
| BMI im Normbereich         | x        | x      |       |
| Blutzucker im Normbereich  | x        |        |       |
| Cholesterin im Normbereich | x        |        |       |
| Blutdruck im Normbereich   | x        |        |       |

| Zweckprämien                          |  |   |   |   |
|---------------------------------------|--|---|---|---|
| Sportbudget                           | Beitrag Fitnessstudio  | x |   |   |
|                                       | Beitrag Sportverein  |   | x |   |
|                                       | digitales Sportangebot   | x | x |   |
|                                       | Gesundheitskurs außerhalb §20 SGB V  | x | x |   |
|                                       | Sport- und Fitnessausrüstung (bis zu 100 €)  | x | x |   |
|                                       | Startgebühr Sportveranstaltung   |   | x |   |
|                                       | Gerät zur Messung der Bewegungsintensität (z. B. Fitnesstracker) – alle 2 Jahre    | x |   |   |
|                                       | Aus-/Fortbildung zum Übungsleiter/Trainer (C-, B-, A-Lizenzen)                     | x |   |   |
|                                       | PEKIP  |   |   | x |
|                                       | DELFI  |   |   | x |
| Zahnbudget                            | Baby-Shiatsu   |   |   | x |
|                                       | Baby-Yoga  |   |   | x |
|                                       | Baby-Schwimmen, Wassergewöhnung  |   |   | x |
|                                       | Versiegelung der Prämolaren  |   | x |   |
| alternative Behandlungen              | Behandlung mit Lachgas gegen die Angst   |   | x |   |
|                                       | KfO-Zusatzleistungen   |   | x |   |
|                                       | Professionelle Zahnreinigung   | x | x |   |
|                                       | Osteopathie  | x | x | x |
|                                       | Akupunktur   | x | x | x |
| Geburtsvorbereitungskurs Partner      | Chiropraktik   | x | x | x |
|                                       | Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis und der Gebührenordnung für Heilpraktiker | x | x | x |
| Sehhilfen                             | Brillen/Kontaktlinsen (alle 3 Jahre)   | x | x |   |
| IGeL-Budget für medizinische Vorsorge | Hautkrebscreening mit Auflichtmikroskopie  | x |   |   |
|                                       | Glaukom-Vorsorge inkl. Augeninnendruck und Spiegelung Augenhintergrund             | x |   |   |
|                                       | PSA-Wertmessung  | x |   |   |
|                                       | Osteoporose-Screening (Knochendichtemessung)                                       | x |   |   |
|                                       | Mammographievorsorge unter 50 Jahre  | x |   |   |
|                                       | Ultraschalluntersuchung Brust/Unterleib/Spirale                                    | x |   |   |
|                                       | Chlamydienscreening  | x |   |   |
|                                       | Klimakteriumssprechstunde  | x |   |   |
|                                       | Thin-Prep-Abstrich   | x |   |   |
|                                       | FOBplus-Stuhltest bei Darmkrebsvorsorge  | x |   |   |
| Hebammenbudget                        | CheckUp außerhalb gesetzl. Rhythmus  | x |   |   |
|                                       | Venen-Check  | x |   |   |
|                                       | HPV-Impfung  | x |   |   |
| Einschreibegebühr                     | Stoffwindel, Still-/Trageberatung  |   |   | x |
|                                       | Beikosteführung  |   |   | x |
|                                       | Babymassage  |   |   | x |
| Versicherungs-budget                  | Nabelschnurblut-Konservierung  |   |   | x |
|                                       | Private Kranken-Zusatzversicherung (Zahnersatz, Sehhilfen oder Naturheilverfahren) | x | x | x |