

# Liebe Bonusprogramm-Teilnehmerin,

mit diesem Heft startet Ihr persönliches Bonusprogramm für Ihre Gesundheit.

Nehmen Sie Ihr Bonusheft zu jeder Vorsorgeuntersuchung mit und lassen Sie diese von Ihrem Arzt bestätigen. Sie behalten so stets den Überblick, welche Termine Sie bereits wahrgenommen haben und was Sie noch tun müssen oder können.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, prüfen wir den erreichten Bonus und belohnen Ihre Eigeninitiative bei der Gesundheitsvorsorge.

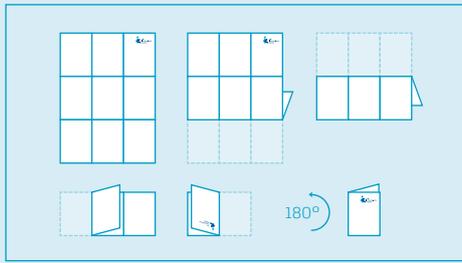
Mitmachen lohnt sich also doppelt.



[www.die-ik.de](http://www.die-ik.de)

Stand 16.08.2023 • Es gilt die Satzung der IKK – Die Innovationskasse.

Faltanleitung



**Datenschutzhinweis für den Versicherten:** Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob Sie Anspruch auf einen Bonus haben (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden nur zum Zweck des Nachweises der Teilnahme verarbeitet. Die Angaben sind freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen. Insbesondere verweisen wir auf: das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X), das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X), das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X), das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X). Ohne die Angaben kann eine Überweisung von Prämien nicht vorgenommen werden (§§ 67a,b SGB X). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

www.die-ik.de/datenschutz

# Bonusheft Frauen

[www.die-ik.de](http://www.die-ik.de)



Das Bonusjahr \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen) \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

## Vorsorge

- ab 16 Jahre Zähne:** Prophylaxeuntersuchung (halbjährlicher Nachweis im Kalenderjahr)
- ab 18 Jahre Zähne:** Prophylaxeuntersuchung (jährlicher Nachweis im Kalenderjahr)  
**Gesundheitsvorsorge:** ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (einmalig)
- ab 20 Jahre Krebsvorsorge:** Geschlechtsorgane (jährlich) Klinische Untersuchung (jährlich) Pap-Abstrich (jährlich)
- ab 30 Jahre Krebsvorsorge:** Brust (jährlich)
- ab 35 Jahre Krebsvorsorge:** Haut (alle 2 Jahre) Pap-Abstrich und HPV-Test (alle 3 Jahre)  
**Gesundheitsvorsorge:** ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (alle 3 Jahre)
- ab 50 Jahre Krebsvorsorge:** Darm, okkultes Blut im Stuhl (jährlich)  
**Mammographie:** (alle 2 Jahre, bis zum vollendeten 70. Lebensjahr)
- ab 55 Jahre Krebsvorsorge:** Darm, okkultes Blut im Stuhl (alle 2 Jahre oder Koloskopie im Abstand von 10 Jahren)

## Bonusoptionen (Auswahl)

- z. B. bis zu **150 Euro** als Zuschuss für
    - private Zusatzversicherung oder
    - Sportverein/Fitnessstudio oder
    - Babyschwimmen oder
    - professionelle Zahnreinigungen oder
    - verordnete Verhütungsmittel(Vorlage Police/Zahlungsnachweis/Rechnung)
  - oder bis zu **300 Euro** als Zuschuss für **technische Geräte mit Gesundheitsbezug** (z.B. Tablet, Smartwatch, Smartphone, Fitnesstracker, Wearables im Abstand von 3 Jahren, sofern keine anderen Boni in Anspruch genommen werden oder wurden, außer Vorsorgebonus Schwangere) (Vorlage Rechnung)
  - 100 Euro** Vorsorge Schwangere
- Bei diesen Bonusoptionen handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Alle Infos zum Bonusprogramm unter: [www.die-ik.de/bonus](http://www.die-ik.de/bonus)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Teilnehmerin

## Früherkennungsuntersuchungen

Sämtliche **Früherkennungsuntersuchungen** nach der **Mutterschaftsrichtlinie** wurden in Anspruch genommen.

Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

## ab 50 Krebsvorsorge Darm

- okkultes Blut
- Koloskopie

Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

## ab 50 Mammographie

Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 16 Zahnvorsorge** (im **ersten** Halbjahr)

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie)  
oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen  
(Nachweis im **ersten** Kalenderhalbjahr).

Stempel der Zahnarztpraxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 16 Zahnvorsorge** (im **zweiten** Halbjahr)

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie)  
oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen  
(Nachweis im **zweiten** Kalenderhalbjahr).

Stempel der Zahnarztpraxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 18 Zahnvorsorge** (jährlich)

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie)  
oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen  
(**jährlicher Nachweis** im Kalenderjahr).

Stempel der Zahnarztpraxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 18 Gesundheitsvorsorge** (einmalig)  
**ab 35 Gesundheitsvorsorge** (alle 3 Jahre)

Stempel der Praxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 20 Krebsvors. Geschlechtsorgane**  
**ab 30 zusätzl. Krebsvorsorge Brust**

Stempel der Praxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis

**ab 35 Krebsvorsorge Haut**

Stempel der Praxis

Datum der Untersuchung, Unterschrift der Praxis