

## Bonusoptionen (Auswahl)

- Vorsorgebonus
- Gesundheitsbonus
- Kombibonus

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 Teilnehmer

## Datenschutz

**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

## Vorsorgebonus

Der Vorsorgebonus umfasst Früherkennungsuntersuchungen, Zahnvorsorge oder Schutzimpfungen: Ab der ersten Vorsorgemaßnahme erstatten wir bereits einen Bonus.

## Gesundheitsbonus

Der Gesundheitsbonus besteht aus Aktivcheck und Vitalcheck. Den Aktivcheck erfüllen Sie durch eine Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Sportverein oder die Teilnahme an einem Präventionskurs (Bitte Nachweis einreichen). Die Voraussetzungen für den Vitalcheck: Nichtraucher oder altersgerechter BMI.

## Kombibonus

Einfach den Vorsorgebonus mit dem Gesundheitsbonus kombinieren und von einem höheren Bonus profitieren.



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



Die  
Innovations  
Kasse

## Bonusheft Männer

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Versichertennummer \_\_\_\_\_

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

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Stand 01. / 2025 • Es gilt die Satzung der IKK - Die Innovationskasse.

## Ihr persönlicher Bonuszeitraum

**Beginn:** \_\_\_\_\_

**Ende:** \_\_\_\_\_

**Frist zur Abgabe:** 3 Monate nach Ende des Bonuszeitraumes

Sie bestimmen zukünftig den Start Ihres individuellen Bonuszeitraumes durch Antragstellung selbst.

Ihr Bonusjahr ist somit nicht mehr an das Kalenderjahr gebunden.

Ihr neuer individueller Bonuszeitraum beginnt am Monatsersten nach Antragsstellung.

Mit Einreichen der Nachweise können keine weiteren Maßnahmen berücksichtigt werden.

Nutzen Sie dafür bequem unsere IK-App.

## 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 35 Jahre Krebsvorsorge:** Haut (alle 2 Jahre)

**Gesundheitsvorsorge:** ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (alle 3 Jahre)

**ab 45 Jahre Krebsvorsorge:** Geschlechtsorgane (jährlich) Prostata (jährlich)

**ab 50 Jahre Krebsvorsorge:** Darm, okkultes Blut im Stuhl (jährlich oder Koloskopie im Abstand von 10 Jahren)

**ab 55 Jahre Krebsvorsorge:** Darm, okkultes Blut im Stuhl (alle 2 Jahre oder 2 Koloskopie im Abstand von 10 Jahren)

**ab 65 Jahre Gesundheitsvorsorge:** Screening Bauchaortenaneurysma (einmalig)

## ab 65 Screening

### Bauchaortenaneurysma (einmalig)

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

## Vitalcheck

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Ihr BMI altersentsprechend ist und / oder dass Sie seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher sind.

Altersentsprechender BMI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Teilnehmer

Nichtraucherstatus ab 18 Jahre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Teilnehmer

## ab 16 Schutzimpfungen

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

## ab 18 Gesundheitsvorsorge (einmalig)

## ab 35 Gesundheitsvorsorge (alle 3 Jahre)

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

## ab 35 Krebsvorsorge Haut

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

## ab 45 Krebsvorsorge

### Geschlechtsorgane / Prostata

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

## ab 50 Krebsvorsorge Darm

okkultes Blut

Koloskopie

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

## ab 16 Zahnvorsorge (im ersten Halbjahr)

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie) oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen (Nachweis im 1. Kalenderhalbjahr).

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

## ab 16 Zahnvorsorge (im zweiten Halbjahr)

Vorlage des Zahnarzt-Bonusheftes (als Kopie) oder Untersuchungsdatum abstempeln lassen (Nachweis im 2. Kalenderhalbjahr).

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

## ab 18 Zahnvorsorge (jährlich)

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

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