



Gilt für die Tarife:  
 EL Bonus-U, VA2-U, VA6-U, VA6-900-U, Vital300-U, Vital900-U, VZ600-U, BSG-U, BS-U, 0140-N,  
 0150-N, 0153-N, EL 400-N, EL Bonus-N, EL Bonus, EL-N, PRAXmed-N, PRAXmed, VA 100 2-N,  
 VisionMed-N, VisionStart-N, Vital300-N, Vital600-N, Vital900-N, Vital250, Vital750, BSG-N, BS-  
 N, Vision 1-1500, Vision 1-3000, Vision 1-4500

**Nachweis für Verhaltensbonus 2021**

**AXA Krankenversicherung AG**

**Body-Mass-Index und Nichtraucher-Eigenschaft**

Antwort

\_\_\_\_\_  
 Vorname und Name der versicherten Person

AXA Krankenversicherung AG  
 Bereich Leistung  
 50592 Köln

Fax-Nr.: 0221 148-41913  
 E-Mail: kranken-leistung@axa.de

\_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
 versicherter Tarif

Folgende Eigenschaften werden für die oben genannte versicherte Person bestätigt (zutreffendes bitte ankreuzen):

<b>25 EUR Body-Mass-Index (BMI)</b>		
<input type="checkbox"/> Das Gewicht der versicherten Person steht in einem gesunden Verhältnis zur Größe und der BMI* liegt im Bereich <b>zwischen 18,5 und 25</b> .		
Größe: _____	Gewicht: _____	BMI*: _____
<small>*Der BMI errechnet sich wie folgt:          Gewicht (kg) geteilt durch Körpergröße zum Quadrat. Zum Beispiel: 70 kg / (1,74 m x 1.74 m) = 23,1 BMI.          Ein BMI zwischen 18,5 und 25 liegt im Idealbereich.</small>		
<b>25 EUR Nichtraucher-Eigenschaft</b>		
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person gibt an, in den letzten 6 Monaten aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen zu haben (beispielsweise mittels Zigarette, Zigarre, Pfeife oder E-Zigarette) und beabsichtigt, dies auch in Zukunft nicht zu tun.		



Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben für das Jahr **2021**

Datum, Stempel / Unterschrift des **Arztes** / der **Ärztin** / des **Vermittlers** / der **Vermittlerin**

<input type="checkbox"/> Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf das Ihnen bekannte Erstattungskonto.		
<input type="checkbox"/> Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf folgende Bankverbindung.		
_____	_____	_____
IBAN	BIC	Geldinstitut
_____	_____	
Ort, Datum	Unterschrift des <b>Versicherungsnehmers</b> / der <b>Versicherungsnehmerin</b>	



Gilt für die Tarife:  
EL Bonus-U, VA2-U, VA6-U, VA6-900-U, Vital300-U, Vital900-U,  
VZ600-U, BSG-U, BS-U, BS-UA, Vision B-U, Vision B-UA

**Nachweis für Verhaltensbonus 2021**

**AXA Krankenversicherung AG**

**Fitness-Bonus**

Antwort

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name der versicherten Person

AXA Krankenversicherung AG  
Bereich Leistung  
50592 Köln

Fax-Nr.: 0221 148-41913  
E-Mail: [kranken-leistung@axa.de](mailto:kranken-leistung@axa.de)

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
versicherter Tarif

Folgende Eigenschaften werden für die oben genannte versicherte Person bestätigt (zutreffendes bitte ankreuzen):

**50 EUR Fitness-Bonus**

- Hiermit bescheinigen wir, dass die versicherte Person aktives Mitglied in unserem Fitness-Studio ist oder das Deutsche Sportabzeichen (bitte Kopie beifügen) erworben hat.



Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben für das Jahr **2021**

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel / Unterschrift des **Fitness-Studios** oder **Deutscher Sportbund**

- Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf das Ihnen bekannte Erstattungskonto.  
 Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf folgende Bankverbindung.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Versicherungsnehmers** / der **Versicherungsnehmerin**



Gilt für die Tarife:  
BS-UA, Vision B-U, Vision B-UA, BS-NA, Vision B-N, Vision B-NA

**Nachweis für Verhaltensbonus 2021**

**AXA Krankenversicherung AG**

**Body-Mas -Index**

Antwort

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name der versicherten Person

AXA Krankenversicherung AG  
Bereich Leistung  
50592 Köln

Fax-Nr.: 0221 148-41913  
E-Mail: [kranken-leistung@axa.de](mailto:kranken-leistung@axa.de)

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
versicherter Tarif

Folgende Eigenschaften werden für die oben genannte versicherte Person bestätigt (zutreffendes bitte ankreuzen):

**25 EUR Body-Mas -Index (BMI)**

Das Gewicht der versicherten Person steht in einem gesunden Verhältnis zur Größe, und der BMI\* liegt im Bereich **zwischen 18,5 und 25**.

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI\*: \_\_\_\_\_

\*Der BMI errechnet sich wie folgt:

Gewicht (kg) geteilt durch Körpergröße zum Quadrat. Zum Beispiel: 70 kg / (1,74 m x 1.74 m) = 23,1 BMI.

Ein BMI zwischen 18,5 und 25 liegt im Idealbereich.



Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben für das Jahr **2021**

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel / Unterschrift des **Arztes** / der **Ärztin** / des **Vermittlers** / der **Vermittlerin**

- Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf das Ihnen bekannte Erstattungskonto.
- Bitte überweisen Sie meinen Verhaltensbonus auf folgende Bankverbindung.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Versicherungsnehmers** / der **Versicherungsnehmerin**