



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

**DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung**

Body-Mass-Index und Nichtraucher-Eigenschaft

Antwort

Vorname und Name der versicherten Person

DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Bereich Leistung
65172 Wiesbaden

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):

25 EUR Body-Mass-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.

25 EUR Nichtraucher-Eigenschaft

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**

- 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**



Nachweis für Verhaltensbonus 2021

**DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung**

Fitness-Bonus

Antwort

Vorname und Name der versicherten Person

DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Bereich Leistung
65172 Wiesbaden

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):

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**

Nachweis für Verhaltensbonus 2021

**DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung**

Body-Mass-Index

Antwort

Vorname und Name der versicherten Person

DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Bereich Leistung
65172 Wiesbaden

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):

25 EUR Body-Mass-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**