



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 2020

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

Versicherungsnummer

Fax-Nr.: 0221 148-41913

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

- Es wird bestätigt, dass die versicherte Person in den **letzten 6 Monaten** nicht aktiv geraucht hat und beabsichtigt, dies auch in Zukunft nicht zu tun. (beispielsweise mittels Zigarette, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette, Shisha, Wasserpfeife)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben für das Jahr **2020**

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**



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

Nachweis für Verhaltensbonus 2020

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Body-Mass-Index

Antwort

Vorname und Name der versicherten Person

DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Bereich Leistung
65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer

Fax-Nr.: 0221 148-41913

versicherter Tarif

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

25 EUR Body-Mass-Index (BMI)		
<input type="checkbox"/> 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*: _____
<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>		



Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben für das Jahr **2020**

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 Versicherungsnehmers / der Versicherungsnehmerin	

Nachweis für Verhaltensbonus 2020 Fitness-Bonus

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Antwort

Vorname und Name der versicherten Person

DBV Deutsche Beamtenversicherung
Krankenversicherung
Bereich Leistung
65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer

Fax-Nr.: 0221 148-41913

versicherter Tarif

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

50 EUR Fitness-Bonus (FB)

- 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 bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben für das Jahr **2020**

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**