

Persönliche Daten

Name

Vorname

 (beginnt mit einem Buchstaben, dann 9 Ziffern)

Versicherungsnummer

PLZ Ort

IBAN (22-stellig)

Ich möchte Bargeld.

Ich möchte einen Zuschuss für Gesundheits-Leistungen (Rechnungs-Bonus). Die Rechnungen bekommen Sie zusammen mit diesem Bonusblatt.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift

Kurz und knapp.

Was Sie über Ihr Fitcash-Bonusprogramm wissen sollten.

- + Pro Aktivität gibt's einen Bonus von 10,00 Euro.
- + Ihr Bonus erhöht sich um 5,00 Euro pro Aktivität, wenn Sie im Bonusjahr Gesundheits-Leistungen privat bezahlt haben (Rechnungs-Bonus). Die Liste mit den Gesundheits-Leistungen und weitere wichtige Informationen rund um den Bonus finden Sie unter www.mhplus.de/fitcash
- + Sie haben alle Bonus-Aktivitäten gesammelt? Super, dann schicken Sie uns schnell Ihr Bonusblatt. So sichern Sie sich Ihren Bonus.
- + Nach dem Bürgerentlastungsgesetz werden Bonuszahlungen steuerlich berücksichtigt. Die mhplus teilt dem Finanzamt die relevante Bonushöhe mit.

Senden Sie dieses ausgefüllte Bonusblatt an unsere zentrale Postanschrift:

**mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg**



**Einfacher
per App**

2025: Mein *Fitcash* Gesundheits- bonus.

Ihre Belohnung für gesundheitsbewusstes Verhalten.

mhplus
Krankenkasse.

Prävention und Sport

Sport, Hochschul- oder Betriebssport

Stempel

 25

Unterschrift

Datum

Aktive Mitgliedschaft im Sportverein, Hochschul- oder Betriebssport

Fitness-Studio

Stempel

 25

Unterschrift

Datum

Aktive Mitgliedschaft im Fitness-Studio

Deutsches Sport- oder Schwimmbadzeichen

Stempel

 25

Unterschrift

Datum

Deutsches Sportabzeichen oder Schwimmbadzeichen im Bonusjahr durchgeführt. Im Einzelfall kann die mhplus als Nachweis die Urkunde oder den Pass anfordern.

Sportveranstaltung im Ausdauersport

Stempel

 25

Unterschrift

Datum

Teilnahme an einer qualifizierten Sportveranstaltung im Ausdauersport. Zum Beispiel: Stadtläufe und Schwimm-Veranstaltungen – keine Marathonläufe oder Schulveranstaltungen.

Präventionskurs

Stempel

 25

Unterschrift

Datum

Teilnahme an einem qualitätsgesicherten Präventionskurs nach § 20 SGB V.

Bonus via App

Erfassen Sie Ihre Bonus-Aktivitäten einfach mit der Bonus-App. Lassen Sie dazu das Praxis-Team auf dem Display unterschreiben. Oder fotografieren Sie Ihre Nachweise und laden Sie diese in der App hoch.

So haben Sie Ihren digitalen Bonus immer dabei. Laden Sie sich jetzt die Bonus-App auf Ihr Handy.

Mehr dazu unter:
www.mhplus.de/bonus-app



Oder scannen Sie ganz einfach den QR-Code:

Vorsorge

Versicherungsnummer

Name

Vorname

Gesundheits-Check

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Versicherte von 18 bis 34 Jahren: einmalig.
Versicherte ab 35 Jahren: alle 3 Jahre.
Nachweis der Teilnahme an einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung.

Zahnvorsorge

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Nachweis einer Zahnvorsorgeuntersuchung.

Krebsfrüherkennung

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Frauen ab 20 J.: Untersuchung Genitalbereich u. Brust. Männer ab 45 J.: Untersuchung Genitalbereich u. Prostata. Nachweis der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

Darmkrebsfrüherkennung

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Versicherte von 50 bis 54 Jahren: jährlich.
Versicherte ab 55 Jahren: alle zwei Jahre per Stuhltest.
Sprechen Sie Ihren Arzt wegen einer Koloskopie-Untersuchung an. Nachweis der Teilnahme an einer Darmkrebsfrüherkennung.

Hautkrebsfrüherkennung

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Versicherte ab 35 Jahren: alle zwei Jahre.
Nachweis der Teilnahme an einer Hautkrebsfrüherkennung.

Jugendgesundheitsuntersuchung (J2)

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Für Versicherte im Alter von 16 bis 17 Jahren. Nachweis der Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung (J2).

Mammografie

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Für Frauen von 50 bis 75 Jahren: alle zwei Jahre. Nachweis der Teilnahme an einem Mammografie-Screening.

Bauchaortenaneurysma

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Für Männer ab 65 Jahren: einmalige Ultraschalluntersuchung. Nachweis der Teilnahme der Bauchaortenaneurysma-Früherkennung.

Schutzimpfung

Stempel

25

Unterschrift

Datum

Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i SGB V. Nachweis einer abgeschlossenen Impfreihe.