Kinderbonuspass _____ (Bitte Kalenderjahr eintragen.)

HEIMAT KRANKENKASSE

1 Persönliche Daten

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Versichertennummer	Geburtsdatum
Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	Unterschrift des Erziehungsberechtigten[1]

2 Bankdaten

Kontoinhaber

IBAN

3 Allgemeine Angaben

Pro Maßnahmenfeld ist nur ein Stempel gültig!

1 Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche – 7,50 Euro

- ☐ U7
- ☐ U7a
- ☐ U8
- ☐ U9
- ☐ U10
- ☐ U11
- ☐ J1

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

2 Zahnvorsorge/Gruppenprophylaxe (1. Kalenderhalbjahr) – 7,50 Euro

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

2 Zahnvorsorge/Gruppenprophylaxe (2. Kalenderhalbjahr) – 7,50 Euro

Datum

Unterschrift und Praxisstempel

3 Impfung – 7,50 Euro

Datum

Art der Impfung

Unterschrift und Stempel

4 Schwimm- oder Sportabzeichen – 15,00 Euro

Datum

Art der Abzeichens

Unterschrift und Stempel

5 Sonstige sportliche Aktivität – 15,00 Euro

Datum

Art der Aktivität

Unterschrift und Stempel

6 Prävention – 15,00 Euro

Datum

Art der Maßnahme

Unterschrift und Stempel

1 Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Die Teilnahmebedingungen habe ich auf der Website unter www.heimat-krankenkasse.de/kinderbonusprogramm zur Kenntnis genommen.
Datenschutzhinweis: Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Weitere Informationen zu unserem Bonusprogramm unter:
www.heimat-krankenkasse.de/kinderbonusprogramm