

KNAPPSCHAFT

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname der / des Versicherten:

Geburtsdatum:

### Teilnahmeerklärung AktivBonus junior

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Krankenversichertennummer

---

- rückwirkend - ab dem

\* \_\_\_\_\_ am **AktivBonus junior** teilnimmt.

Gegebenenfalls fehlende Nachweise für die notwendigen bonusrelevanten Leistungen werde ich nachreichen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift