

MAßNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

GUTEN TAG,

beiliegend erhalten Sie Ihre Teilnahmebescheinigung zu einer Maßnahme der Gesundheitsförderung.

Kurse zur Gesundheitsförderung erleichtern Ihnen den Einstieg in eine gesunde Lebensweise und motivieren Sie, das Erlernte in den Alltag zu übernehmen:

- Bewegung: z. B. Herz-Kreislauftraining, Rückenschule, Wassergymnastik, Walking
- Entspannung/Stressreduktion: z. B. Tai Chi, Qi-Gong, Yoga, Autogenes Training
- Ernährung: z. B. Ernährungsberatung
- Suchtmittelkonsum: z. B. Raucherentwöhnung, Reduzierung des Alkoholkonsums

Wir fördern Kurse, die den Qualitätsstandards der Krankenkassen entsprechen. Unter mobil-krankenkasse.de/gesundheitskurse finden Sie ausführliche Informationen und unsere Kursdatenbank. Wenn Sie an einem Kurs bei einem anderen Anbieter teilnehmen möchten, dann rufen Sie uns bitte an.

Bitte beachten Sie, dass laufende Mitgliedschaften (z. B. in Vereinen) grundsätzlich nicht als Präventionskurse angesehen werden können.

Wir erstatten Ihnen für maximal zwei Kurse bis zu 200,00 Euro im Kalenderjahr, wenn Sie an 80 % der Termine teilnehmen. Auf die Höchstgrenze sind auch Gesundheitsreisen, die in der Regel zwei Kursmaßnahmen enthalten, anzurechnen.

Damit wir Ihnen einen eventuellen Zuschuss überweisen können,

- lassen Sie bitte das beiliegende Formular von Ihrem Kursleiter bzw. Ihrer Kursleiterin ausfüllen und unterzeichnen,
- tragen Sie Ihre Bankverbindung ein und
- senden Sie es uns zurück, gern auch per E-Mail.

Hinweis:

Erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen können wir feststellen, ob und in welchem Umfang sich die Mobil Krankenkasse an den Kosten beteiligen kann.

HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf mobil-krankenkasse.de/kontakt

Oder rufen Sie uns an.
Ihre kostenlose Service-Hotline:

0800 255 0800

mobil-krankenkasse.de

**ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG DES VERSICHERTEN,
TEILNAHMEBESCHEINIGUNG UND VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG DES ANBIETERS
INDIVIDUELLE MASSNAHMEN (KURSE, SEMINARE) DER PRIMÄRPRÄVENTION NACH § 20 SGB V**

Der/Die Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Der/Die Versicherte leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der Krankenkasse:

KV-Nummer

Stempel der Krankenkasse:

Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

DATENSCHUTZHINWEIS

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter verwendet die hier erhobene Daten um zu prüfen, ob sie die Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbeitrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a, b SGB X). Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

1. ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name des/der Versicherten

Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.
(s. KV-Karte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme

Titel

Name und Adresse des Anbieters

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom nachfolgend genannten Anbieter/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft. Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf das Konto:

Name und Ort des Geldinstituts

DE __ / __ / __ / __ / __ / __

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

__ / __ / __ / __

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Telefonnummer/E-Mail-Adresse

2. TEILNAHMEBESCHEINIGUNG UND VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

(vom Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau _____ hat an der vorseitig genannten Maßnahme

von

(Tag, Monat, Jahr)

bis

(Tag, Monat, Jahr)

an _____ von _____ Kurseinheiten à _____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur *ein* Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

Kursleiter

Ggf. weitere
Kursleiter

Name

Qualifikation (staatl. anerkannter
Berufs-/Studienabschluss)

Zusatzqualifikation (nur maßnahme-
bezogene Qualifikation)

Der o. g. Kursleiter hat/die o. g. Kursleiter haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat die Gebühr von _____ Euro entrichtet.

Die Maßnahme wurde von der Krankenkasse als förderfähig anerkannt und nach den Qualitätskriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung umgesetzt.

Ich versichere, der Steuerpflicht aus den vorgenannten Einnahmen nachzukommen und den Verpflichtungen zur Abführung von Beiträgen zur Sozialversicherung zu entsprechen.

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebots dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Ich nehme mögliche rechtliche Folgen von Verstößen gegen den GKV-Leitfaden Prävention zur Kenntnis:

Sofern ich als Anbieter die mir nach dem GKV-Leitfaden Prävention obliegenden Pflichten nicht erfülle und/oder entgegen dessen Bestimmungen handle, kann von der betroffenen Krankenkasse Abhilfe und/oder Unterlassung verlangt werden. Hierfür setzt die Krankenkasse eine angemessene Frist.

Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen kann die betroffene Krankenkasse nach erfolgter Anhörung eine angemessene Strafzahlung bis zu 5.000,00 Euro festsetzen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.

Ich verpflichte mich, den Versicherten insoweit freizustellen und zu Unrecht erhaltene Beträge direkt an die betroffene Krankenkasse zurückzuführen.

Schwerwiegende oder wiederholte Verstöße rechtfertigen ferner den Ausschluss von weiterer Förderung der von mir angebotenen Maßnahmen. Schwerwiegende Verstöße gegen den GKV-Leitfaden Prävention sind insbesondere:

- Nichterfüllung organisatorischer, sächlicher, fachlicher und/oder personeller Voraussetzungen;
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen;
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.

Ort

Datum

Persönliche Unterschrift des Anbieters