

## Teilnahmebedingungen

### Voraussetzungen

Mitglieder der Salus BKK haben Anspruch auf einen Bonus im Rahmen der Vorsorgesterne, wenn sie und ihre mitversicherten Angehörigen **innerhalb eines Kalenderjahres (01.01.-31.12.)** jeweils mindestens drei der nachfolgend aufgeführten Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, durchgeführt und nachgewiesen haben:

- Gesundheits-Check-Up ab 35 Jahren (alle 2 Jahre)
- Krebsvorsorge (1 x pro Jahr, Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren) oder Hautkrebs-Screening alle 2 Jahre für Versicherte ab 35 Jahren
- Jährliche zahnärztliche Vorsorge (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährlich)
- Nachweis des bestehenden Impfschutzes laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- Durchführung aller im Kalenderjahr vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U-/J-Untersuchungen)
- Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, qualitätsgesicherten Fitness-/Gesundheitsstudio oder Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs

Der Nachweis über die Durchführung/Teilnahme an der jeweils aufgeführten Vorsorgemaßnahme ist durch einen Arzt, Zahnarzt oder Anbieter mit Datum, Stempel und Unterschrift in diesem Bonusheft zu bestätigen.

### Bonushöhe

Wenn das Mitglied und gegebenenfalls seine mitversicherten Familienangehörigen jeweils mindestens drei der oben genannten Maßnahmen nachgewiesen haben, erhält das Mitglied einen Bonus in Höhe von 150 Euro.

### Gültigkeit von Vorsorgesternen

Nicht rechtzeitig erworbene und eingelöste Vorsorgesterne verfallen ersatzlos. Eine Übertragung von einzelnen Maßnahmen in das Folgejahr ist nicht möglich. Gleiches gilt für die Übertragung von Vorsorgesternen auf eine andere Person.

### Auszahlung

Der Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllung der Voraussetzungen ausgezahlt, wenn diese **bis zum 30. Juni eines Jahres für das zurückliegende Kalenderjahr** durch Vorlage des Bonusheftes „Vorsorgesterne“ gegenüber der Salus BKK vollständig nachgewiesen werden. Dazu senden Sie uns einfach das Bonusheft im Original an folgende Adresse: **Salus BKK, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig**

### Allgemeines

Die Teilnahme am Bonusmodell ist freiwillig. Ein Anspruch zur Teilnahme am Bonusmodell „Vorsorgesterne“ besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Einlösung eine ungekündigte Mitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bei der Salus BKK besteht. Bei Inanspruchnahme der Vorsorgesterne besteht kein Anspruch auf einen Bonus im Rahmen weiterer Bonusmodelle der Salus BKK. Die Salus BKK behält sich das Recht vor, das Bonusmodell zu verändern, ohne dass Teilnehmer Widerspruch dagegen einlegen können. Es gilt die Satzung der Salus BKK in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

Bitte beachten Sie, dass die Salus BKK im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes dazu verpflichtet sein kann, gewährte Bonuszahlungen dem Finanzamt zu melden (§ 10 EStG in Verbindung mit § 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB X).

A160107/01.14/WVB-20.000

# Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

## Vorsorgesterne

Mehr Sicherheit,  
mehr Vorsorge, mehr Bonus



# Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

Online-Version

Seite 1 / 4

 Online-Version

Diese Version entspricht dem Original-Bonusheft und ist für den Ausdruck im DIN A4-Format optimiert.

## Dieses Bonusheft gehört

Name, Vorname  
des Mitglieds

Straße,  
Hausnummer

PLZ,  
Ort

Geburtsdatum oder  
Versichertennummer

Telefonnummer tagsüber  
(bei evtl. Rückfragen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,  
die Teilnahmebedingungen gelesen  
und akzeptiert zu haben sowie die  
Richtigkeit der gemachten Angaben.

 Datum und Unterschrift

## Meine Bankverbindung

Bitte ergänzen Sie die für die Auszahlung Ihres Bonusbetrags gewünschte Bankverbindung. Eine Barauszahlung ist nicht möglich.

Kontoinhaber/in

IBAN **DE** \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

## Einfach mitmachen und profitieren

Sammeln Sie Vorsorgesterne, indem Sie sich innerhalb desselben Kalenderjahres die Teilnahme an jeweils mindestens drei der nachfolgend aufgeführten Vorsorge-maßnahmen von Ihrem Arzt/Zahnarzt oder Anbieter bestätigen lassen.

Haben Sie alle notwendigen Vorsorgesterne gesammelt? Dann senden Sie dieses Bonusheft im Original an folgende Adresse:

**Salus BKK**  
Stichwort: **Vorsorgesterne**  
**Barfußgäßchen 15**  
**04109 Leipzig**

Sie haben Fragen oder benötigen ein neues Bonusheft? Rufen Sie uns kostenfrei an unter **0800 22 13 222**.

## Salus BKK Mitglied

**3 von 6**  
MAßNAHMEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Gesundheits- Check-Up ab 35 Jahren

Der kostenfreie Check-Up beim Hausarzt wurde im laufenden Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Krebsvorsorge

Für Frauen ab 20 und  
Männer ab 45 Jahren.

Alternativ alle 2 Jahre

Hautkrebs-Screening  
für Versicherte ab 35 Jahren.

Durchgeführt:  Krebsvorsorge  Hautkrebs-Screening

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Schutzimpfung

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus ist aktuell.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Zahnärztliche Vorsorge

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ab 18 Jahre = 1 x jährlich

**1. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

ab 6 bis 18 Jahre = 2. Halbjahr

**2. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

**Aktive Mitgliedschaft  
in einem Sportverein  
oder qualitätsgesicherten  
Fitness-/Gesundheitsstudio**

ODER

**Teilnahme an einem  
zertifizierten Präventionskurs**

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

# Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

Online-Version  
Seite 2 / 4

## Vorsorgesterne

Mehr Sicherheit,  
mehr Vorsorge, mehr Bonus

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es sind **keine weiteren Angehörigen** familienversichert.

▶ Bitte drucken und reichen Sie lediglich die Seite 2 ein!

Es sind **weitere Angehörige** familienversichert (z.B. Ehegatte / Kinder).

▶ Bitte drucken und reichen Sie die Seiten 2 und 3 (ggf. 4) ein!

## Mitversicherter Ehepartner/Lebenspartner

**3 von 6**  
MAßNAHMEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Gesundheits- Check-Up ab 35 Jahren

Der kostenfreie Check-Up beim Hausarzt wurde im laufenden Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Krebsvorsorge

Für Frauen ab 20 und Männer ab 45 Jahren.

Alternativ alle 2 Jahre

Hautkrebs-Screening für Versicherte ab 35 Jahren.

Durchgeführt:  Krebsvorsorge  Hautkrebs-Screening

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Schutzimpfung

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus ist aktuell.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

### Zahnärztliche Vorsorge

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ ab 18 Jahre = 1 x jährlich

**1. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

ab 6 bis 18 Jahre = 2. Halbjahr

**2. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein oder qualitätsgesicherten Fitness-/ Gesundheitsstudio**

ODER

**Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

## Gemeinsam vorsorgen und profitieren

Sind Angehörige über Sie bei der Salus BKK familienversichert? In diesem Fall ist es notwendig, dass sich **jeweils auch alle mitversicherten Personen die Teilnahme an mindestens 3 der aufgeführten Vorsorgemaßnahmen von einem Arzt/ Zahnarzt oder Anbieter bestätigen lassen.**

## 1. Mitversichertes Kind

**3 von 6**  
MAßNAHMEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Schutzimpfung

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus ist aktuell.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Gilt für Kinder unter 6 Jahren als erfüllt!

### Zahnärztliche Vorsorge

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ ab 18 Jahre = 1 x jährlich

**1. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

ab 6 bis 18 Jahre = 2. Halbjahr

**2. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

Nur möglich, falls mitversichertes Kind unter 18 Jahre

### Früherkennungsuntersuchung(en)

Im laufenden Kalenderjahr wurden alle empfohlenen U- / J- Untersuchungen durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Alternativen, falls mitversichertes Kind z.B. über 18 Jahre

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, qualitätsgesicherten Fitness-/ Gesundheitsstudio oder Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Alternativ für Frauen ab 20 Jahren

### Krebsvorsorge

Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters/ Arztes

# Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

Online-Version  
Seite 3 / 4

## Vorsorgesterne

Mehr Sicherheit,  
mehr Vorsorge, mehr Bonus

### Angaben zum Mitglied

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Geburtsdatum/  
Versichertennr.

## Vorsorgesterne

Mehr Sicherheit,  
mehr Vorsorge, mehr Bonus

### Angaben zum Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/  
Versichertennr. \_\_\_\_\_

**2. Mitversichertes Kind** **3 von 6**  
MAßNAHMEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Schutzimpfung**

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus ist aktuell.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Gilt für Kinder unter 6 Jahren als erfüllt!

**Zahnärztliche Vorsorge** ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ ab 18 Jahre = 1 x jährlich

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

**1. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**2. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

Nur möglich, falls mitversichertes Kind unter 18 Jahre

**Früherkennungsuntersuchung(en)**

Im laufenden Kalenderjahr wurden alle empfohlenen U-/J-Untersuchungen durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Alternativen, falls mitversichertes Kind z. B. über 18 Jahre

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, qualitätsgesicherten Fitness-/Gesundheitsstudio oder Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Alternativ für Frauen ab 20 Jahren

**Krebsvorsorge**

Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters/Arztes \_\_\_\_\_

**3. Mitversichertes Kind** **3 von 6**  
MAßNAHMEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Schutzimpfung**

Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus ist aktuell.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Gilt für Kinder unter 6 Jahren als erfüllt!

**Zahnärztliche Vorsorge** ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ ab 18 Jahre = 1 x jährlich

Die jährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren halbjährliche) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

**1. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

**2. Halbjahr**

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

Nur möglich, falls mitversichertes Kind unter 18 Jahre

**Früherkennungsuntersuchung(en)**

Im laufenden Kalenderjahr wurden alle empfohlenen U-/J-Untersuchungen durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Alternativen, falls mitversichertes Kind z. B. über 18 Jahre

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, qualitätsgesicherten Fitness-/Gesundheitsstudio oder Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Alternativ für Frauen ab 20 Jahren

**Krebsvorsorge**

Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters/Arztes \_\_\_\_\_

Platz für Ihre Notizen/Ihre Nachricht an uns:

.....

.....