

# SALUS BONUS KOMBI



Sammelpass auch mit  
unserer Service-App nutzbar.  
Mehr Infos im Innenteil.

# Salus BKK

Mit gutem Gefühl krankenversichert

# Ein Bonus kommt selten allein

## Attraktive Prämien mit der Salus BKK

Versicherte der Salus BKK werden für gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt – und das gleich doppelt: mit der Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit sowie mit einem Plus im Geldbeutel.

### SALUS BONUS PLUS

Hier ist jede Vorsorgemaßnahme bares Geld. Ob der Besuch beim Zahnarzt, neue oder aufgefrischte Schutzimpfungen oder Krebsvorsorge – einfach Maßnahme abstempeln lassen und Prämie sichern.



Je mehr Maßnahmen, desto höher natürlich der Bonus. Dieser staffelt sich wie folgt:

1.–3. Maßnahme	je 10,00 Euro
4.–6. Maßnahme	je 7,50 Euro
ab der 7. Maßnahme	je 5,00 Euro

### SALUS BONUS PREMIUM

Versicherte, die besonders gesundheitsbewusst leben und aktiv sind, können hier ganz einfach zu ihrer Prämie kommen. Bereits ab 2 erfüllten Maßnahmen erhalten sie 100 Euro, bei 3 Maßnahmen sogar 130 Euro.

## Der richtige Mix macht's

Alle Bonusmodelle stehen für sich und können einzeln durchgeführt werden. Wer Vorsorge und gesunden Lebensstil miteinander vereinen will, kann aber noch mehr für sich erreichen und die jeweilige Plus- und Premium-Version mit diesem Kombibogen **auch gemeinsam** bei der Salus BKK **einreichen**.

#### Beispiel: Paul, 35 Jahre

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio	PREMIUM	
Body-Mass-Index im Normalbereich	PREMIUM	130 Euro
Nichtraucher	PREMIUM	
Jährliche Zahnvorsorge	PLUS	10 Euro
Hautkrebsscreening	PLUS	10 Euro

**Gesamtbonus für Paul**

**150 Euro**



#### Schneller zum Bonus

Einzelne Nachweise hinterlegen oder den kompletten Sammelbogen einreichen – bequem über unsere Service-App. Gleich downloaden, registrieren und von diesem sowie weiteren Online-Services profitieren.



salus-bkk.de/app

## Teilnahmebedingungen

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der Salus BKK (ab Vollendung des 15. Lebensjahres). Eine Bonifizierung erfolgt für im Sammelpass nachgewiesene Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25, 25a, 22 i. V. m. 55 SGB V sowie Schutzimpfungen gemäß § 12b der Satzung der Salus BKK i. V. m. § 20i SGB V. Bei aktiver Teilnahme an Veranstaltungen des Volks- und Breitensports, z. B. Firmen-, Volks- und Stadtläufen, organisierte Mountainbike- oder Radtouren oder Hindernisläufen zählt Ihre Finisher-Urkunde vom Veranstalter. Bitte beachten Sie: Private Sportmaßnahmen ohne Qualitätsnachweis können wir leider nicht anerkennen. Eine Übertragung gesammelter Maßnahmen ins nächste Kalenderjahr ist nicht möglich. Schutzimpfungen können erst nach Abschluss der Immunisierung bonifiziert werden. Kombinationsimpfungen gelten als eine Maßnahme. Je mehr Maßnahmen Sie durchführen, desto mehr füllt sich Ihr Geldbeutel. Mehr Infos erhalten Sie unter: [www.salus-bkk.de/bonus](http://www.salus-bkk.de/bonus)

### Bonushöhe

**Bonus Plus:** 1.–3. Vorsorgeuntersuchung/Impfung je 10,00 EUR, 4.–6. je 7,50 EUR, ab der 7. für jede weitere 5,00 EUR. Auf Wunsch um „Bonus Premium“ ergänzen.

**Bonus Premium:** 100,00 EUR, wenn 2 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Kategorie A) nachgewiesen wurden. Der Bonus beträgt 130,00 EUR, wenn mindestens 3 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Kategorie A) nachgewiesen wurden. Auf Wunsch um „Bonus Plus“ ergänzen.

### Bonus kombinieren und einlösen

Auf Ihrem persönlichen Sammelpass finden Sie eine Auflistung der Maßnahmen, die Sie sich von Ihrem Arzt bzw. den entsprechenden Leistungserbringern abstempeln und unterschreiben oder quittieren lassen können. Alle Stempel müssen dabei aus dem gleichen Kalenderjahr (01.01. – 31.12.) sein. Nicht rechtzeitig erworbene und eingelöste Stempel verfallen ersatzlos. Eine Übertragung von einzelnen Maßnahmen in das Folgejahr ist nicht möglich. Gleiches gilt für die Übertragung von Stempeln auf eine andere Person. Die durchgeführten und nachgewiesenen Maßnahmen lassen sich bei uns bis zum 31.03. des Folgejahres gegen eine Geldprämie einlösen. Nicht eingelöste Sammelpässe aus dem Vorjahr werden danach nicht mehr berücksichtigt. Senden Sie uns den Sammelpass an folgende Adresse: **Salus BKK, Stichwort: Salus Bonus Kombi, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig.** Bitte beachten Sie, dass der Bonus nur einmal pro Jahr eingereicht werden kann.

### Allgemeines

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). Die Teilnahme am Bonusmodell ist freiwillig. Die Salus BKK behält sich jederzeit das Recht vor, das Bonusmodell zu verändern, ohne dass Teilnehmer Einspruch einlegen können. Es gelten Gesetz und aktuelle Satzung in der jeweils gültigen Fassung. Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

# SALUS BONUS KOMBI

Alle Maßnahmen gelten für

Kalenderjahr

## Dieser Sammelbogen gehört

Name, Vorname

Versichertennummer

Telefonnummer  
(bei evtl. Rückfragen –  
freiwillige Angabe)

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

 Datum und Unterschrift

## Meine Bankverbindung

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

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

SALUS BONUS  
PLUS

## Vorsorgeuntersuchungen

**Zahnärztliche  
Vorsorgeuntersuchung**

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

Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes

**Darmkrebscreening  
ab 50 Jahren**

Die vorgesehene Darmkrebsvorsorge wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Check Up Gesundheitsunter-  
suchung beim Hausarzt**

**von 18–34 Jahre** (einmalig)  
**ab 35 Jahre** (alle drei Jahre)

Der kostenfreie Check-Up laut den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien wurde beim Hausarzt bzw. -ärztin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Mammographie-  
Screening**

**von 50–69 Jahre** (alle zwei Jahre)

In diesem Kalenderjahr wurde ein Mammographie-Screening durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Krebsvorsorge für Frauen  
ab 20 Jahren**

Die Genitaluntersuchung bzw. Brustkrebsvorsorge wurde bei einem Frauenarzt bzw. -ärztin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Früherkennung Bauchorten-  
aneurysmen für Männer**

**ab 65 Jahre** (einmalig)

Das vorgesehene Ultraschall-screening der Bauchschlagader wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Hautkrebsvorsorge  
ab 35 Jahren**

(alle zwei Jahre)

Die vorgesehene Hautkrebsvorsorge bei einem Hautarzt bzw. -ärztin oder dazu berechtigten Hausarzt bzw. -ärztin wurde durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Impfung gegen**

\_\_\_\_\_

Der vollständige Impfschutz für die o.g. Impfung wurde in diesem Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Krebsvorsorge für Männer  
ab 45 Jahren**

Die Genitaluntersuchung zur Krebsvorsorge wurde bei einem Urologen bzw. einer Urologin durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Impfung gegen**

\_\_\_\_\_

Der vollständige Impfschutz für die o.g. Impfung wurde in diesem Kalenderjahr durchgeführt.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Maßnahmenkategorie A**

**Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein**

Ihr Verein bescheinigt Ihnen die Mitgliedschaft und aktive und regelmäßige Teilnahme an den Sportangeboten des Vereins.

Datum/Stempel/Unterschrift des Vereins

**Teilnahme an einer qualifizierten Sportveranstaltung: z. B. Volks- oder Stadtlauf**

Hier können Sie Ihre Teilnahme bestätigen lassen. Alternativ können Sie auch eine Finisher-Urkunde als Beleg beilegen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

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

Sie sind aktives Mitglied in einem Fitness- oder Gesundheitsstudio.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme am Babyschwimmen oder Eltern-Kind-Turnen**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Angebot zum Babyschwimmen oder Eltern-Kind-Turnen teilgenommen.

Durchgeführt:  
 Babyschwimmen  Eltern-Kind-Turnen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßige Teilnahme am Betriebs- oder Hochschulsport**

Ihr Arbeitgeber/Ihre Hochschule kann bestätigen, dass Sie aktiv und regelmäßig an Betriebs-/Hochschulsportangeboten teilnehmen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme an einem Rückbildungskurs**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Rückbildungskurs teilgenommen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs**

Sie haben erfolgreich an einem zertifizierten Präventionskurs teilgenommen, wie z. B. Yoga-Kurs oder Rückenschule.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßige Nutzung von Apps oder webbasierten Schulungen nach § 20 Abs. 5 SGB V**

Gilt für:  App  webbasierte Schulung

Datum/Unterschrift des Versicherten oder Nachweis

**Teilnahme an einer BKK Aktivwoche oder Well-Aktiv**

Ihre Teilnahme an einer unserer aktiven Gesundheitsreisen können Sie sich hier bestätigen lassen.

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Regelmäßiges Online-Coaching § 20 Abs. 5 SGB V**

Sie haben erfolgreich ein zertifiziertes Online-Coaching absolviert, wie z. B. pur-life, Fitbase,...

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Maßnahmenkategorie B**

**BMI im Normalbereich**

Laut Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin liegt Ihr Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

**Erwerb eines der folgenden Abzeichen:**

Sportabzeichen  
 Schwimlabzeichen  
 Wanderabzeichen  
 Tanzsportabzeichen  
 Feuerwehr-Fitness-Abzeichen  
 Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

**Nichtraucher/in (seit mindestens 6 Monaten)**

Ihr Arzt/Ihre Ärztin kann bestätigen: Seit mindestens 6 Monaten sind Sie rauchfrei.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

**Erwerb eines der folgenden Abzeichen:**

Sportabzeichen  
 Schwimlabzeichen  
 Wanderabzeichen  
 Tanzsportabzeichen  
 Feuerwehr-Fitness-Abzeichen  
 Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichen

Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters