

SALUS BONUS KIDS 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 Kindervorsorge – 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 Kinder unter 15 Jahren einen Bonus von 30 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: Sara, 12 Jahre

Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	PREMIUM	30 Euro
Body-Mass-Index im Normalbereich	PREMIUM	
Zahnvorsorge (2x jährlich)	PLUS	10 Euro
J1-Untersuchung	PLUS	10 Euro

Gesamtbonus für Sara

50 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 (vor Vollendung des 15. Lebensjahres). Eine Bonifizierung erfolgt für im Sammelpass nachgewiesene Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 22 i.V.m. 55 und 26 SGB V sowie Schutzimpfungen gemäß § 12 b der Satzung der Salus BKK in Verbindung mit § 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 deine Finisher Urkunde vom Veranstalter. Bitte beachte: 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. Mehrstufige Vorsorgeuntersuchungen für Kinder werden dann bonifiziert, wenn auch alle im Kalenderjahr vorgesehenen Untersuchungen durchgeführt wurden.

Bonushöhe

Bonus Plus Kids: 1.–3. Vorsorgeuntersuchung/Impfung je 10,00 EUR, 4.–6. je 7,50 EUR, ab der 7. für jede weitere 5,00 EUR.

Bonus Premium Kids: 30,00 EUR, wenn mindestens 2 Maßnahmen (darunter mindestens 1 Maßnahme nach Kategorie A) nachgewiesen wurden.

Bonus kombinieren und einlösen

Auf deinem persönlichen Sammelpass findest du eine Auflistung der Vorsorgemaßnahmen, die du dir von deinem Arzt bzw. den entsprechenden Anbietern abstempeln und unterschreiben oder quittieren lassen kannst. 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. Sende uns deinen Sammelpass an folgende Adresse: **Salus BKK, Stichwort: Salus Bonus Kombi Kids, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig.** Bitte beachte, dass der Bonus nur einmal pro Jahr eingereicht werden kann.

Allgemeines

Bitte beachte, 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. Bitte beachte, dass der Bonus nur einmal pro Jahr eingereicht werden kann. Die Erhebung deiner persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten bist du nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern dir, dass deine persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK findest du unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

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 des Erziehungsberechtigten

Meine Bankverbindung

Bitte Bankverbindung für die Auszahlung des Bonusbetrags ergänzen. Eine Barauszahlung ist nicht möglich.

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

Vorsorgeuntersuchungen

<p>Erweitertes Neugeborenen-Screening (2. – 3. Lebenstag)</p> <p>Das vorgesehene Neugeborenen-Screening wurde durchgeführt.</p>	<p>Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

<p>Neugeborenen-Hörscreening (bis zum 3. Lebenstag)</p> <p>Das vorgesehene Neugeborenen-Hörscreening wurde durchgeführt.</p>	<p>Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (2,5 bis 6 Jahre)</p> <p>Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung beim Zahnarzt wurde durchgeführt.</p>	<p>Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

<p>Gilt als eine Maßnahme!</p>	<p>Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (von 6 – 18 Jahre)</p> <p>Die halbjährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.</p>	<p>Nur vollständig, wenn beide Halbjahre erfüllt sind!</p> <p>1. Halbjahr</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes</p>
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Gilt als eine Maßnahme!</p>	<p>Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (von 6 – 18 Jahre)</p> <p>Die halbjährliche (bei Versicherten unter 18 Jahren) zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.</p>	<p>Nur vollständig, wenn beide Halbjahre erfüllt sind!</p> <p>2. Halbjahr</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Zahnarztes</p>
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Eine der nachfolgenden Untersuchungen wurde durchgeführt:</p> <p><input type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> U4 <input type="checkbox"/> U5 <input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7 <input type="checkbox"/> U7a <input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9 <input type="checkbox"/> J1</p>	<p>Bitte durchgeführte Untersuchung ankreuzen!</p> <p>Datum/Stempel/Unterschrift des Kinderarztes</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Impfungen

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

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

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

Mindestens 2 Maßnahmen für 30 €, darunter immer **mind. 1 aus Kategorie A**

Maßnahmenkategorie A

Aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein	
	Datum/Stempel/Unterschrift des Vereins

Teilnahme an einer qualifizierten Sportveranstaltung: z. B. Volks- oder Stadtlauf	
Alternativ kann auch eine Finisher-Urkunde als Beleg beigefügt werden.	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

Teilnahme an einer BKK Aktivwoche oder Well-Aktiv	
	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

Teilnahme am Babyschwimmen	
	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

Teilnahme am Eltern-Kind-Turnen	
	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

Teilnahme an einem zertifizierten Präventionskurs	
	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters

Maßnahmenkategorie B

BMI im Normalbereich	
Laut Arzt/Ärztin liegt der Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich.	Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes

Erwerb eines der folgenden Abzeichen:	
<input type="checkbox"/> Sportabzeichen <input type="checkbox"/> Schwimtabzeichen <input type="checkbox"/> Wanderabzeichen <input type="checkbox"/> Tanzsportabzeichen <input type="checkbox"/> Jugendfeuerwehr-Fitness-Abzeichen	Datum/Stempel/Unterschrift des Anbieters