



## Vorsorgesterne

Mehr Sicherheit,  
mehr Vorsorge, mehr Bonus



A14117/03.01/WUD-10.000

### Dieses Bonusheft gehört

Name, Vorname des Mitglieds
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Geburtsdatum, Versichertennummer
Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückfragen)
Bitte ergänzen Sie die für die Auszahlung Ihres Bonusbetrags gewünschte Bankverbindung. Eine Barauszahlung ist nicht möglich.
Name, Vorname des Kontoinhabers
IBAN
BIC

### Bestätigung des Versicherungspartners

Nur bei Bonus-Variante „Geldprämie Plus“

Nachfolgend bestätige ich für das mit diesem Bonusheft am Bonusprogramm Vorsorgesterne teilnehmende Salus BKK Mitglied:

Im Kalenderjahr  bestand mindestens eine der folgenden Versicherungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Private Krankenzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung   |
| <input type="checkbox"/> Private Zahnzusatzversicherung    | <input type="checkbox"/> Dread-Disease-Versicherung   |
| <input type="checkbox"/> Private Pflegeversicherung        | <input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsversicherung  |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung    | <input type="checkbox"/> Verträge zur betrieblichen Altersvorsorge (nur Arbeitnehmeranteil) |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsversicherung   |   |

mit einem Jahresbeitrag von insgesamt

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> über 150 Euro                               | <input type="checkbox"/> unter 150 Euro und zwar in Höhe von <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> über 185 Euro (inkl. 1x Zuschuss SalusKids) |   |
| <input type="checkbox"/> über 220 Euro (inkl. 2x Zuschuss SalusKids) |   |
| <input type="checkbox"/> über 255 Euro (inkl. 3x Zuschuss SalusKids) |   |

Versicherungspartner:

---

Datum, Unterschrift, Firmenstempel des Versicherungspartners

### 3. Mitversichertes Kind

Name, Vorname
<b>Schutzimpfung</b> Der von der STIKO empfohlene Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell. Datum/Arztstempel/Unterschrift
<b>Zahnärztliche Vorsorge</b> Die halbjährliche/jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt. ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr / ab 18 Jahre = 1 x jährlich Datum/Zahnarztstempel/Unterschrift
<b>Früherkennungsuntersuchung</b> U1-U9: Im Jahr _____ wurden alle empfohlenen U-Untersuchungen durchgeführt. Datum/Arztstempel/Unterschrift

Name, Vorname des 3. Kindes	Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes
-----------------------------	---

So sichern Sie sich pro Kind einen kalenderjährlichen Zuschuss zu privaten Vorsorge. Eine Übersicht aller bezuschussungsfähigen Maßnahmen erhalten Sie bei Ihrem Versicherungspartner, in einem unserer Service-Center oder kostenfrei unter **0800 22 13 222**.

\*Grundlage zur Bestimmung des Normalgewichts bilden die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes-, und Jugendalter. Mehr Infos unter [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de).

### 2. Mitversichertes Kind

Name, Vorname
<b>Schutzimpfung</b> Der von der STIKO empfohlene Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell. Datum/Arztstempel/Unterschrift
<b>Zahnärztliche Vorsorge</b> Die halbjährliche/jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt. ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr / ab 18 Jahre = 1 x jährlich Datum/Zahnarztstempel/Unterschrift
<b>Früherkennungsuntersuchung</b> U1-U9: Im Jahr _____ wurden alle empfohlenen U-Untersuchungen durchgeführt. Datum/Arztstempel/Unterschrift

Name, Vorname des 1. Kindes	Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes
-----------------------------	---

Name, Vorname des 2. Kindes	Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes
-----------------------------	---

### Zusatzstern SalusKids

Einfach zusätzlich zu den nachgewiesenen Vorsorgeleistungen (für Kinder unter 18 Jahre) vom Arzt bestätigen lassen: Das Körpergewicht des Kindes bewegt sich im Bereich des Normalgewichts\* oder das Kind nimmt an einer qualifizierten Maßnahme zur Gewichtskorrektur teil.

## Teilnahmebedingungen

### Voraussetzungen

Mitglieder der Salus BKK haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie und ihre mitversicherten Angehörigen **innerhalb eines Kalenderjahres (01.01.-31.12.)** jeweils die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, vollständig durchgeführt und damit pro Maßnahme einen Vorsorgestern erworben haben:

- Gesundheits-Check-Up ab 35 Jahre (alle 2 Jahre)
- Krebsvorsorge (1x pro Jahr, Frauen ab 20 Jahre, Männer ab 45 Jahre)
- Zahnärztliche Vorsorge (1x pro Jahr, Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre 2x pro Jahr)
- Nachweis des bestehenden Impfschutzes gegen Diphtherie, Polio und Tetanus
- Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1–U9)

### Zusatzstern für familienversicherte Kinder:

- SalusKids-Nachweis über bestehendes Normalgewicht des Kindes oder Teilnahme an einer qualifizierten Maßnahme zur Gewichtskorrektur

Ein Vorsorge-/Zusatzstern wird erworben, wenn der Nachweis über die Durchführung/Teilnahme an der jeweils aufgeführten Vorsorgemaßnahme durch einen Arzt/Zahnarzt per Stempel/Unterschrift in diesem Bonusheft bestätigt wird.

### Wahl der Bonus-Variante, Bonushöhe

Wenn das Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen die für sie aufgeführten Vorsorgesterne vollständig gesammelt haben, kann das Mitglied diese gegen eine der beiden nachfolgend aufgeführten Bonus-Varianten einlösen. Die Wahl der Bonus-Variante erfolgt auf der in diesem Heft vorgesehenen Seite.

**1. Bonus-Variante „Geldprämie“:** Das Mitglied löst die erworbenen Vorsorgesterne gegen einen Betrag von **40 Euro** im Kalenderjahr ein. **2. Bonus-Variante „Geldprämie Plus“:** Das Mitglied löst die erworbenen Vorsorgesterne gegen einen Betrag von **bis zu 150 Euro** in Form einer Kostenbeteiligung für eine der auf der Rückseite aufgeführten privaten Versicherungen ein. Das Mitglied reicht dazu mit diesem Bonusheft die Bestätigung des Versicherungspartners über den Vertragsabschluss bzw. die bestehende Versicherung sowie die Höhe des Jahresbeitrags ein. Darüber hinaus kann die Kostenbeteiligung auch auf privat bezahlte Gesundheitsleistungen, wie z.B. Brillen und Kontaktlinsen, Massagen, Homöopathische Arzneimittel, private Arzt- und Zahnarztrechnungen, erfolgen. In diesem Fall sind entsprechende Belege (z.B. Bestätigungen, Rechnungen, Kontoauszüge) beizufügen. Die vollständige Übersicht der erstattungsfähigen Leistungen erhalten Sie bei Ihrem Versicherungspartner, in den Service-Centern der Salus BKK oder unter 0800 22 13 222 (kostenfrei). Eine Kumulation beider Bonus-Varianten ist nicht möglich.

### Zusatzstern SalusKids

Teilnehmende Kinder (bis Vollendung des 18. Lbj.) erhalten bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen einen kalenderjährlichen Zuschuss zu privaten Vorsorge- oder Gesundheitsleistungen (z.B. Mitgliedschaft im Sportverein) in Höhe von **bis zu 35 Euro**. Die vollständige Übersicht der erstattungsfähigen Leistungen erhalten Sie bei Ihrem Versicherungspartner, in den Service-Centern der Salus BKK oder unter 0800 22 13 222 (kostenfrei).

### Gültigkeit von Vorsorgestern

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

### Auszahlung der Boni

Der jeweilige Bonus wird dem Mitglied nach Erfüllung der Voraussetzungen ausgezahlt, wenn diese **bis zum 30.06. 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 inklusive der Belege an folgende Adresse:

**Salus BKK, Siemensstraße 5 a, 63263 Neu-Isenburg**

### 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 bestehen. 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. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

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

## Einfach mitmachen und profitieren

Sammeln Sie Vorsorgesterne, in dem Sie sich die Teilnahme an den nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen von Ihrem Arzt/Zahnarzt bestätigen lassen. Haben Sie Fragen zu unserem Bonusprogramm oder brauchen Sie ein neues Bonusheft? Rufen Sie uns kostenfrei an: **0800 22 13 222**.

## Unsere Bonus-Varianten – Ihre Wahl

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Bonus-Variante aus und ergänzen Sie auf der Rückseite Ihre persönlichen Daten.

### ■ Bonus-Variante „Geldprämie“

(einmalig 40 Euro im Jahr)

### ■ Bonus-Variante „Geldprämie Plus“

(einmalig bis zu 150 Euro im Jahr als Kostenzuschuss)

<b>Salus BKK Mitglied</b>	
Name, Vorname	
<b>Gesundheits-Check-Up</b>	
Alle 2 Jahre für Versicherte ab 35 Jahre: Der Check-Up wurde im laufenden <u>oder</u> vorangegangenen Kalenderjahr durchgeführt.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Krebsvorsorge</b>	
Für Frauen ab 20 Jahre / Männer ab 45 Jahre: Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Schutzimpfung</b>	
Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Zahnärztliche Vorsorge</b>	
Die jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.	Datum/ Zahnarztstempel/ Unterschrift

## Gemeinsam vorsorgen und profitieren

Haben Sie einen Ehe- oder Lebenspartner, der über Sie bei der Salus BKK familienversichert ist? In diesem Fall ist es notwendig, dass sich auch Ihr Partner die Teilnahme an den aufgeführten Vorsorgeleistungen vom Arzt/Zahnarzt bestätigen lässt.

Haben Sie alle Vorsorgesterne vollständig gesammelt? Dann schicken Sie dieses Bonusheft (ggf. mit weiteren Belegen) an folgende Adresse:




**Salus BKK • Siemensstraße 5 a • 63263 Neu-Isenburg**

<b>Mitversicherter Ehepartner/Lebenspartner</b>	
Name, Vorname	
<b>Gesundheits-Check-Up</b>	
Alle 2 Jahre für Versicherte ab 35 Jahre: Der Check-Up wurde im laufenden <u>oder</u> vorangegangenen Kalenderjahr durchgeführt.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Krebsvorsorge</b>	
Für Frauen ab 20 Jahre / Männer ab 45 Jahre: Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Schutzimpfung</b>	
Der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Zahnärztliche Vorsorge</b>	
Die jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.	Datum/ Zahnarztstempel/ Unterschrift

## Zusatzvorteil für Familien mit Kindern

Haben Sie Kinder unter 18 Jahren, die über Sie bei der Salus BKK familienversichert sind? In diesem Fall ist es notwendig, dass sich auch diese die Teilnahme an den aufgeführten Vorsorgeleistungen vom Arzt/Zahnarzt bestätigen lassen.

**Zusatzstern SalusKids:** Bewegt sich das Körpergewicht Ihres Kindes im Bereich des Normalgewichts oder nimmt es an einer qualifizierten Maßnahme zur Gewichtskorrektur teil, profitieren Sie von **35 Euro** Salus-Kids Bonus (pro Kind). Dazu lassen Sie sich dies einfach zusätzlich zu den durchgeführten Kinder-Vorsorgeleistungen auf der Rückseite vom Arzt bestätigen.

<b>1. Mitversichertes Kind</b>	
Name, Vorname	
<b>Schutzimpfung</b>	
Der von der STIKO empfohlene Impfstatus gegen Diphtherie, Tetanus und Polio ist aktuell.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift
<b>Zahnärztliche Vorsorge</b>	
ab 6 bis 18 Jahre = 1. Halbjahr/ab 18 Jahre = 1 x jährlich	<b>1. Halbjahr</b>
Die halbjährliche/jährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde durchgeführt.	Datum/ Zahnarztstempel/ Unterschrift
	ab 6 bis 18 Jahre = 2. Halbjahr
	<b>2. Halbjahr</b>
	Datum/ Zahnarztstempel/ Unterschrift
<b>Früherkennungsuntersuchung</b>	
U1-U9: Im Jahr _____ wurden alle empfohlenen U-Untersuchungen durchgeführt.	Datum/ Arztstempel/ Unterschrift

Sie haben noch weitere Kinder? Auf der Rückseite können Sie noch weitere Vorsorgesterne sammeln.