

# energie Kidsbonus

Von Anfang  
an Vorsorge  
für Kids

Das ist wichtig für deine Zukunft – unser Bonusprogramm unterstützt dich dabei auf deine Gesundheit zu achten und belohnt dich, wenn du an wichtigen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen teilnimmst.



Über unsere App „Meine energie-BKK“ kommst du noch schneller an deine Bonuszahlungen.



- Teilnehmen können alle Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren.
- Bonusjahr ist das jeweilige **Kalenderjahr**.
- Die Auszahlung des Bonus erfolgt auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr.
- Reiche deinen Kidsbonus bis zum **31.03.** des Folgejahres für eine Erstattung ein. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Auszahlung nicht mehr möglich.
- Nur Stempel aus dem aktuellen Bonusjahr können berücksichtigt werden.
- Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes sind wir verpflichtet, die Höhe der gezahlten Beitragsrückerstattung an das Finanzamt zu melden.

# Kidsbonus 2022

## energie-BKK

30134 Hannover

Erhalte bis zum 18. Lebensjahr für jede durchgeführte Vorsorgeuntersuchung deinen persönlichen Bonus:

- 5 Euro** 1. Vorsorge
- 5 Euro** 2. Vorsorge
- 10 Euro** jede weitere



**Vorsorgeuntersuchungen U7 und U7a**

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung I**

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

**Vorsorgeuntersuchung U8**

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung II**

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

**Vorsorgeuntersuchung U9**

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Professionelle Zahnreinigung (PZR)**

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

**Vorsorgeuntersuchung J1**

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Schutzimpfungen/Tag der Impfung**  
(vollständige Grundimmunisierung abgeschlossen)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Schutzimpfungen/Tag der Impfung**  
(vollständige Grundimmunisierung abgeschlossen)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**Schutzimpfungen/Tag der Impfung**  
(vollständige Grundimmunisierung abgeschlossen)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

Nutzen Sie bitte die vorliegende Bankverbindung:

ja

nein

-----  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter