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 Vorsorge-untersuchungen oder Impfungen teilnimmst.

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

JETZT BEI Google Play | Laden im App Store

- Teilnehmen können alle Kinder und Jugendlichen ab 1 bis 18 Jahren. Für Babys, die das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gibt es unseren Babybonus.
- 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.

Unsere Servicehotline 0511 911 10 911
30134 Hannover · www.energie-bkk.de

energie·BKK
Unsere Energie für Ihre Gesundheit

QTB9485794

Kidsbonus
2025

Erhalte bis zum 18. Lebensjahr **für jede** durchgeführte Vorsorgeuntersuchung jeweils einen Bonus von **10 Euro**.

energie·BKK

30134 Hannover

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)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfungen/Tag der Impfung
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfungen/Tag der Impfung
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Pflichtfeld bitte unbedingt ausfüllen!

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

Nutzen Sie bitte die vorliegende Bankverbindung:

◉ ja

○ nein

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter