

# 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 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.
- Die Abrechnungsdaten der Praxen werden mit einer erheblichen Zeitverzögerung an uns übermittelt. Daher haben eigenständige Einträge ohne Stempel oder gesonderten Nachweis keine Gültigkeit.
- Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes sind wir verpflichtet, die Höhe der gezahlten Beitragsrückerstattung an das Finanzamt zu melden.

Kidsbonus  
2026

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

**energie · BKK**

30134 Hannover

Reiche deinen Kidsbonus **bis zum 31.03.** des Folgejahres zur Erstattung ein. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Auszahlung nicht mehr möglich.

Nur Stempel aus dem aktuellen Bonusjahr können berücksichtigt werden.



### Vorsorgeuntersuchungen U7 oder U7a

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

## Vorsorgeuntersuchung U8

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

## Vorsorgeuntersuchung U9

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

### Vorsorgeuntersuchung J1

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

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

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

## Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung I

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

## Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung II

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

### Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

**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 des Kindes

Krankenversicherungsnummer

☐ Nutzen Sie bitte die bekannte Bankverbindung

☐ Nutzen Sie bitte die folgende Bankverbindung:

[illegible]

-----  
Datum, Unterschrift