energie Vorsorgebonus

So geht Vorsorge mit energie!

Kaum etwas ist besser für eine hohe Lebensqualität als Gesundheit. Sichern Sie sich unseren Bonus, der Sie dabei unterstützt, auf sich zu achten und Ihre Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen belohnt. Das Beste daran: Jeder kann mitmachen!



Über unsere App „Meine energie-BKK“ kommen Sie noch schneller an Ihre Bonuszahlungen.

JETZT BEI Google Play | Laden im App Store

- 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.

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

energie·BKK
Unsere Energie für Ihre Gesundheit

PBP6486683

Vorsorgebonus 2027

Erhalten Sie **für jede** durchgeführte Vorsorgeuntersuchung jeweils einen Bonus von **10 Euro**.

● Für alle ● Frauen ● Männer

energie·BKK

30134 Hannover



Reichen Sie Ihren Vorsorgebonus **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.

Krebsvorsorge (gynäkologisch)
(für Frauen ab 20 Jahren, jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Früherkennung Brustkrebs
(für Frauen ab 30 Jahren, jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Mammographie-Screening
(für Frauen ab 50-75 Jahren, ab vorauss. August 2027 bereits ab 45 Jahren, alle 2 Jahre anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Gesundheits-Check-up (18-34 Jahre, einmalig; ab 35 Jahren, alle 3 Jahre anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Hautkrebsscreening
(ab 35 Jahren, alle 2 Jahre anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Lungenkrebsfrüherkennung für Raucher (ab 50-75 Jahren, jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Darmkrebs-Screening
(ab 50 Jahren)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung
(ab 18 Jahren, 1 x jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

Professionelle Zahnreinigung (PZR)
(1 x jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

Früherkennung Prostatakrebs
(für Männer ab 45 Jahren, jährlich anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Früherkennung Bauchaorten-Aneurysma
(für Männer ab 65 Jahren, einmalig anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Pflichtfeld bitte unbedingt ausfüllen!

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

Nutzen Sie bitte die folgende Bankverbindung:

D E

IBAN

Optional: Abweichende/r Kontoinhaber/in

Datum, Unterschrift