

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.
- 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
2025**

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

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

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