

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.



- Bonusjahr ist das jeweilige **Kalenderjahr**.
- Die Auszahlung des Bonus erfolgt auch unterjährig, jedoch nur einmalig abschließend für das jeweilige Kalenderjahr.
- Reichen Sie Ihren Vorsorgebonus 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.

Vorsorgebonus 2025

Erhalten Sie für jede durchgeführte Vorsorge-
untersuchung Ihren persönlichen Bonus:

● Für alle ● Frauen ● Männer

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

energie·BKK

30134 Hannover



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 Jahre**, alle 2 Jahre anrechenbar)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Gesundheits-Check-up
(18-34 Jahre, einmalig 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

Gesundheits-Check-up
(ab 35 Jahren, alle 3 Jahre 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 Bauchorten-Aneurysma
Für Männer ab 65 Jahren, einmalig anrechenbar

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Pflichtfeld bitte unbedingt ausfüllen!

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

Nutzen Sie bitte die vorliegende Bankverbindung:

ja

nein

Datum, Unterschrift