

energie Babybonus

Ihr Baby ist da! Jetzt gibt es eine Reihe von Früherkennungsuntersuchungen – die U1 bis U6, bei der ihr Baby in seiner Entwicklung begleitet wird. Außerdem werden von der STIKO wichtige Impfungen für Ihr Kind empfohlen. Sie erhalten von uns 10 Euro für jede Untersuchung oder Schutzimpfung. Nutzen Sie die Chance für Ihr Kind – bis zu 170 Euro für die Gesundheit Ihres Babys.



170 Euro
Baby-
bonus

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



Bitte beachten Sie:

- Teilnehmen können alle neugeborenen Babys bis zum 12 Lebensmonat. Für Kinder ab dem 1. Lebensjahr gibt es unseren Kidsbonus.
- Einreichungsfrist zur Erstattung des Babybonus: Spätestens am **31.12.** des Kalenderjahres an dem Ihr Kind 2 Jahre alt wird.
- Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes sind wir verpflichtet, die Höhe der gezahlten Beitragsrückerstattung an das Finanzamt zu melden.



10 Euro jede Untersuchung
10 Euro jede Schutzimpfung

Vorsorgeuntersuchung U1 (bei stationärer Entbindung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U2

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U3

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U4

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U5

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U6

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

**zahnärztliche Früherkennungs-
untersuchung** (ab 6. Lebensmonat)

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

**zahnärztliche Früherkennungs-
untersuchung** (ab 6. Lebensmonat)

Datum / Unterschrift / Stempel Zahnarzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(vollständige Grundimmunisierung)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Schutzimpfung gegen _____
(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 Erziehungsberechtigter