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.

JETZT BEI Google Play | Laden im App Store

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.

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

energie·BKK
Unsere Energie für Ihre Gesundheit

HEC5962473

Babybonus
2027



10 Euro jede Untersuchung
10 Euro jede Schutzimpfung

Vorsorgeuntersuchung U1
(unmittelbar nach der Geburt)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U2
(3. bis 14. Lebenstag)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U3
(3. bis 8. Lebenswoche)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U4
(2. bis 4 1/2. Lebensmonat)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U5
(5. bis 8. Lebensmonat)

Datum / Unterschrift / Stempel Arzt

Vorsorgeuntersuchung U6
(9. bis 14. Lebensmonat)

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

Pflichtfeld bitte unbedingt ausfüllen!

Name, Vorname des Kindes

Krankenversicherungsnummer

Nutzen Sie bitte die folgende Bankverbindung:

D E
IBAN

Optional: Abweichende/r Kontoinhaber/in

Datum, Unterschrift