

Wichtig: Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über das Online-Kundencenter

„Meine Mercedes-Benz BKK“ an uns übertragen. Nutzen Sie dafür einfach Ihr digitales Postfach.

Wenn Sie ein Mobilgerät nutzen, können Sie über die QR-Codes rechts in die App wechseln und das Dokument über Ihr digitales Postfach an uns übertragen. Anträge können Sie nur für sich selbst übermitteln.

Geht es um Formulare für andere, muss der Antrag ausgedruckt, von der betreffenden Person unterschrieben und per Post eingeschickt werden.



Google Play Store



Apple App Store

Mercedes-Benz BKK: Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr: _____.

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend seit: _____ geschieden seit: _____ verwitwet

Ich, mein/-e nachstehend genannter Ehe-/Lebenspartner/-in* und die genannten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner/-in*	Kind	Kind	Kind	Kind
Nachname						
Vorname						
Geburtsdatum						
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Mercedes-Benz BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Mercedes-Benz BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Mercedes-Benz BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Mercedes-Benz BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Mercedes-Benz BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:
Versichertennummer						
Betriebsrente inkl. Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Rente/Pension u.a. gesetzlich, privat, ausländisch o. a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Arbeitsentgelt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Abfindungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Erträge Pacht-/Mieteinnahmen, Zinsen aus Kapitalvermögen u. a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Entgeltersatzleistungen Krankengeld, Verletztengeld und/oder Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Bürgergeld u. a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						

Mercedes-Benz BKK: Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr: _____ .

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner/-in*	Kind	Kind	Kind	Kind
Sonstige Sozialhilfe, Unterhalt, sonstige Einkünfte, Grundversicherungsleistungen, Sachbezüge** u. a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in €						

* Lebenspartner/-in im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“.

** Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z.B. freie Kost und/oder Wohnung).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe aktuelle Einkommensnachweise aller oben aufgeführten Personen beigelegt.

Hinweis: Die Vorlage des Rentenbescheides der gesetzlichen Rente bzw. der Betriebs- oder Zusatzrente entfällt für Versicherte unserer Mercedes-Benz BKK. Nur wenn Ihr/-e Ehe- oder Lebenspartner/-in oder Angehörige/-r bei einer anderen Krankenkasse versichert ist, benötigen wir Nachweise über deren Renteneinkünfte.

Angaben zu chronischen Erkrankungen:

Ich habe die ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der chronischen Erkrankung beigelegt.

Der Nachweis ist nicht erforderlich, weil bei mir Pflegegrad 3 oder höher vorliegt seit: _____

Bei Rückfragen erreichen Sie mich/uns unter folgender Telefonnummer: _____
Diese Angabe ist freiwillig.

Bankverbindung:

Nachname, Vorname Kontoinhaber/-in

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag für sich selbst ausfüllen und über „Meine Mercedes-Benz BKK“ hochladen.

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website www.mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.

Mercedes-Benz **BKK**: Diese Zuzahlungen und Eigenanteile berücksichtigen wir.

Wichtig: Für die Berechnung der individuellen Belastungsgrenze werden ausschließlich Originalquittungen/ Originalrechnungen der Leistungserbringer (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser etc.) berücksichtigt.

Bei der Berechnung Ihrer Belastungsgrenze berücksichtigen wir gern die Originalquittungen Ihrer Zuzahlungen über folgende Leistungen:

- Arznei- und Verbandmittel
- Krankenhausbehandlung
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Heil- und Hilfsmittel, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation
- Stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen
- Fahrkosten, i. d. R. bei stationärer Behandlung und Rettungsfahrten
- Ambulante Soziotherapie

Bei allen Zuzahlungsbelegen (besonders bei einzelnen Apothekenquittungen) dürfen wir nur Nachweise berücksichtigen, aus denen

- der Vor- und Nachname,
- die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel)
- der Zuzahlungsbetrag und
- das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. durch einen Stempel der Apotheke)

hervorgehen.

- Bei Sammelbelegen ist neben der Artikelbezeichnung die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben.

Nicht berücksichtigungsfähig sind z. B. folgende Kosten:

- Arzneimittel mit Überschreitung des Festbetrages
- Rezeptfrei erworbene Arzneimittel
- Auf Privatrezept erworbene Arzneimittel
- Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung, soweit diese nicht genehmigt wurden
- Zuzahlungen bei Kuren anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger)
- Kosten für privatärztliche Leistungen
- Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen)

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website www.mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.