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 Pflegeunterstützungsgeld.

Wir benötigen ein ärztliches Attest über die Notwendigkeit mit folgenden Angaben:

- Name des pflegebedürftigen Angehörigen
- Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung
- Hinweis, dass die Freistellung nötig ist, um eine bedarfsgerechte Versorgung des Pflegebedürftigen in einer akuten Pflegesituation zu organisieren oder sicherzustellen
- Vermerk, dass voraussichtlich die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI (mindestens Pflegegrad I) gegeben sind

---

Angaben für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung zur Organisation einer Pflege in einer akut aufgetretenen Pflegesituation.

1. Angaben zur/zum Pflegebedürftigen:

Nachname

Vorname

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

2. Persönliche Angaben des/der Pflegenden:

Nachname

Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

Krankenversichert bei:
Name und Anschrift des Krankenversicherungsträgers

(Indirektes) Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen:

☐ Ehe-/Lebenspartner/-in ☐ Vater/Mutter ☐ Großvater/-mutter ☐ Sohn/Tochter ☐ Enkel/Enkelin
☐ Adoptiv-/Pflegekind ☐ Stiefvater/-mutter ☐ Schwager/Schwägerin

3. Angaben zur Freistellung.

Freistellungszeitraum: von T T M M J J J J bis T T M M J J J J

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Personalnummer

Ansprechpartner/-in im Personalbereich (Name, Telefonnummer)

4. Bitte überweisen Sie mein Pflegeunterstützungsgeld auf folgendes Konto:

Geldinstitut

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin

IBAN

BIC

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Ergeben sich gegenüber diesen Angaben Änderungen, informiere ich Sie.

T T M M J J J J
Datum

Unterschrift des/der Pflegebedürftigen

Falls nicht möglich: Unterschrift des/der Bevollmächtigten
Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag für sich selbst ausfüllen und über „Meine Mercedes-Benz BKK“ hochladen.

Telefonnummer
Für Rückfragen benötigen wir eine Telefonnummer (keine Freiwilligkeit).

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.