



MERCEDES-BENZ **BKK**: JETZT WECHSELN!

Bester Kundenservice
und ein umfangreiches Leistungspaket
exklusiv für Sie.

Mercedes-Benz



**Schnell und bequem
werden Sie bei uns online
Mitglied.**



Hinweise zum Text

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.

Mit dieser Broschüre geben wir Ihnen zu unseren Themen und Leistungen einen zusammenfassenden Überblick. Rechtsverbindlich sind allein die gültigen Gesetze und unsere Satzung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter.

Herzlich willkommen

Die Mercedes-Benz BKK ist Ihr kompetenter Partner für Ihre Gesundheit. Wir beraten und betreuen Sie kollegial, fair und vollumfänglich. Wir nehmen uns Zeit für Ihre Anliegen.



Unsere Kunden wählen uns auf den ersten Platz!

Ergebnis der Kundenumfrage im Vergleich zu anderen gesetzlichen Krankenkassen.

Auch Ihre Familie ist bei uns rundum bestens versichert. Freuen Sie sich auf unseren Premiumservice, exklusive Leistungen und starke Familien-Extras.

Der Wechsel zu uns ist ganz einfach

Bei der Krankenkassenwahl gilt eine zwölfmonatige Bindungsfrist. Wenn Sie zur Mercedes-Benz BKK wechseln möchten, teilen Sie uns einfach Ihren Wechselwunsch mit. Wir nehmen Kontakt mit Ihrer bisherigen Krankenkasse auf. Eine schriftliche Kündigung ist nicht notwendig. Es muss nur eine Eintrittserklärung ausgefüllt werden. Bei uns geht das ganz einfach online.

Sie fangen neu bei Mercedes-Benz oder Daimler Truck an?

Dann kommen Sie zu uns. Bei einem Arbeitgeberwechsel können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung die Krankenkasse wechseln.

Unser Beitrag für Ihre Gesundheit

Ihre Initiative zu Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen unterstützen wir mit sehr vielen **Extraleistungen**, von deren Wert wir überzeugt sind und **deren Kosten wir anteilig oder komplett für Sie übernehmen.**

Achten Sie auf die als Extra gekennzeichneten Leistungen mit Stern (★), die Sie nur bei uns erhalten oder die über den Standard anderer Krankenkassen hinausgehen.

Extraleistungen exklusiv für Sie

- **Check-up unter 35 Jahren** Ⓢ

Alle zwei Jahre erstatten wir Kosten bis zu 30 Euro.

- **Ergänzende Brustkrebsvorsorge über Tastuntersuchung (discovering hands)** Ⓢ

Wir übernehmen die Kosten für diese spezielle Brustuntersuchung durch blinde Frauen in Höhe von bis zu 60 Euro.

- **Hautkrebsscreening** Ⓢ

Bei uns ist es für alle unter 35 Jahren möglich, jährlich ein Hautkrebsscreening bis 25 Euro bezahlt zu bekommen. Ab 35 Jahren erstatten wir ergänzend zur gesetzlichen Vorsorge alle zwei Jahre ebenfalls bis zu 25 Euro. Dazu beraten wir Sie gern.

- **Online-Hautcheck per TeleClinic App** Ⓢ

Mit dem Online-Hautcheck bekommen Sie eine fachärztliche Ersteinschätzung und Therapieempfehlung.

- **Krebsvorsorge für Männer unter 45 Jahren** Ⓢ

Wir erstatten jährlich bis zu 15 Euro.

- **PSA-Test für Männer ab 20 Jahren** Ⓢ

Versicherten ab 20 Jahren erstatten wir bis zu 20 Euro im Jahr.

- **Osteopathie** Ⓢ

Wir übernehmen 80 Prozent der Kosten von bis zu sechs qualitätsgesicherten osteopathischen Behandlungen (max. 60 Euro je Behandlung) pro Kalenderjahr, also bis zu 360 Euro.

- **Schutzimpfungen** Ⓢ

Wir übernehmen die Kosten für ärztlich empfohlene Schutzimpfungen im Inland. Wenn Sie sich wegen eines Auslandsaufenthalts impfen lassen müssen, tragen wir die Kosten.

- **Hausarzt+ vertrauensvoll versorgt** Ⓢ

Das besondere Programm für Ihre hausärztliche Versorgung, denn Ihr Hausarzt koordiniert gemeinsam mit Ihnen Ihre Behandlungen und erhält mehr Geld. Weitere Vorteile sind kostenfreie Vorsorgemaßnahmen und kürzere Wartezeiten in der Praxis sowie Abendprechstunden für Berufstätige.

- **Mercedes-Benz BKK RückenPlus-Programm** Ⓢ

Dieses Programm wirkt gezielt gegen Beschwerden in den Bereichen Rücken, Schulter, Hüfte, Knie. Einfach vom Werksärztlichen Dienst die medizinische Notwendigkeit bescheinigen lassen. Das Training erfolgt in Kleingruppen unter fachlicher Betreuung. Teilnehmende erhalten ein individuelles Programm für zu Hause sowie ein begleitendes Workbook mit Heimübungsplan inklusive Übungsvideos.

- **Homöopathische Leistungen und Naturheilverfahren** Ⓢ

Wir übernehmen die Kosten für homöopathische Erst- und Folgeanamnesen, Analysen und Beratungen bei Ärzten, die an unserem besonderen Versorgungsvertrag teilnehmen. Für viele rezeptfreie apothekenpflichtige **Arzneimittel** der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie erstatten wir Ihnen bis zu insgesamt 100 Euro im Jahr, wenn die Einnahme von einem Arzt per Privat Rezept verordnet wurde.

- **Aktivwochen und Well-Aktiv** Ⓢ

Eine aktive Auszeit in den Bergen oder am Meer zu allen Gesundheitsthemen, Spezialprogramme beispielsweise zum Thema Rücken, für Familien oder Best Ager. Wir zahlen einen Zuschuss von bis zu 200 Euro.

- **Qualitätsgesicherte Gesundheitskurse** Ⓢ

Sie halten sich fit – wir übernehmen 90 Prozent der Teilnahmegebühren, max. 150 Euro je Kurs, max. zweimal im Jahr.

- **Bonusprogramm 100 PRO AKTIV** Ⓢ

Wir belohnen Sie und Ihre Familie, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres verschiedene gesundheitsfördernde Maßnahmen und Aktivitäten absolvieren. 10 Euro für Erwachsene und 5 Euro für Kinder erhalten Sie pro erfüllter Maßnahme.

- **Individuelle Ernährungsberatung** Ⓢ

Wir unterstützen Sie mit einer individuellen Ernährungsberatung, wenn Sie aufgrund einer Erkrankung eine spezielle Diät benötigen.

- **Schnelle Hilfe bei psychischen Belastungen** Ⓢ

Mit verschiedenen Angeboten unterstützen wir Erwachsene, Jugendliche und Kinder dabei und bieten ihnen Hilfe zur Selbsthilfe. Falls Sie nicht wissen, welches Angebot das passende für Sie ist, beraten wir Sie gerne individuell – telefonisch oder persönlich im Kundencenter.

- **7Mind Achtsamkeits-App** Ⓢ

Die Achtsamkeits-App 7Mind zeigt Wege auf zu mehr Ruhe und Gelassenheit im Berufs- und Privatleben. Sie können hier über 1.000 Meditationen und Entspannungsübungen, sowie mehrere Präventionskurse nutzen. Versicherte der Mercedes-Benz BKK nutzen die Premiumversion dieser App zwölf Monate kostenlos.

- **Wahltarif Beitragsrückerstattung** Ⓢ
(Prämienzahlung)

Sie bekommen bis zu einen Monatsbeitrag erstattet, rückwirkend für das Jahr 2026 610,31 Euro, wenn Sie außer Vorsorgeangeboten und Gesundheitsförderungsmaßnahmen keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

- **Zweitmeinung Extra bei Schulter, Hüft- und Kniegelenkoperationen** (★)

Nicht immer ist ein endoprothetischer Eingriff (also ein Gelenkersatz) im Bereich Hüfte, Knie oder Schulter die einzige Option. Es kann sinnvoll sein, eine Zweitmeinung einzuholen. So können Sie danach eine informierte Entscheidung treffen, welchen Behandlungsweg Sie gehen möchten. Die Kosten für das Versorgungsangebot übernehmen wir für Sie vollständig.

- **Facharzt-Terminservice** (★)

Wenn Sie einen (schnelleren) Termin beim Facharzt benötigen, steht Ihnen unter der Rufnummer **+49 711 49 09 12 00** der Terminservice montags bis freitags von 7.00 bis 22.00 Uhr zur Verfügung. Online rund um die Uhr. Unser Angebot ergänzt den Patientenservice der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Unter der Rufnummer **116 117** und online unter **116117-termine.de** können Sie auch den Patientenservice der KV in Anspruch nehmen.

- **Gesundheitstelefon +49 711 49 09 11 11** (★)

Unter dieser Nummer erreichen Sie rund um die Uhr – auch an Wochenenden und Feiertagen – ein Expertenteam, das Sie bei allen medizinischen Fragen kompetent und zuverlässig berät.

- **Online-Arzt per TeleClinic App** (★)

Es gibt krankheitsbedingte Anlässe, bei denen ein digitaler Arztbesuch eine sinnvolle Ergänzung zu einem Arztbesuch in der Praxis sein kann. Das digitale Angebot umfasst haus- und fachärztliche Leistungen per App – persönlich, bequem und unabhängig von Zeit und Ort.

- **Podcasts und Videos** (★)

Unter dem Motto „Tu was für dich“ geben wir online unterhaltsam Tipps zu den Themen Bewegung, Entspannung und Ernährung.

- **Zusatzversicherungen**

Nutzen Sie die attraktiven Möglichkeiten, die Ihnen der **Mercedes-Benz Versicherungsservice** bietet.

Unsere Extras für Ihre Schwangerschaft

- **Arzneimittel für Schwangere** (★)

Wir übernehmen Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Eisen, Magnesium und/oder Folsäure, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

- **Geburtsvorbereitung für Partner** (★)

Wir erstatten bis zu 50 Euro jährlich für die Teilnahme Ihres Partners, wenn er bei uns versichert ist.

Es lohnt sich für Sie, bei uns versichert zu sein

Bei einer vierköpfigen Familie kommt durch die Nutzung von Extraleistungen leicht ein **Kostenvorteil von über 1.000 Euro im Jahr** zusammen. Berechnen Sie Ihre individuellen Vorteile direkt online mit unserem **Vorteilsrechner**.



- **Hebammen-Rufbereitschaft** (★)

Je Schwangerschaft leisten wir einen Zuschuss von bis zu 250 Euro.

- **Künstliche Befruchtung** (★)

Neben der gesetzlich geregelten Kostenbeteiligung übernehmen wir weitere aus dem Behandlungsplan hervorgehende Kosten.

- **Toxoplasmose-Test** (★)

Wir erstatten in der Frühschwangerschaft die Kosten für einen Toxoplasmose-Test. Bei fehlendem Immunschutz werden die Kosten für zwei weitere Tests übernommen, pro Test bis zu 30 Euro.

Unsere Extras für Ihre Familie

- **Babybonus** (★)

Bis zu 200 Euro erhalten Eltern, die ihr Neugeborenes bei uns versichern. Einfach nach der Geburt alle Vorsorgeuntersuchungen von Mutter (während der Schwangerschaft) und Baby (U1 und U2) nachweisen und Bonus bei uns beantragen.

- **Haushaltshilfe** (★)

Wenn es Ihnen wegen einer schweren Erkrankung nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen, können Sie bei uns eine Haushaltshilfe beantragen. Wir bieten über die gesetzlichen Vorgaben hinaus noch mehr.

- **Online-Sehschulung „Spielend besser sehen“ für Kinder mit Amblyopie** (★)

Diese innovative Sehschulung am Computerbildschirm ist eine optimale Ergänzung, wenn die Standardtherapie – das Abkleben des gesunden Auges, um das schwächere Auge zu trainieren (Okklusion) – kein zufriedenstellendes Ergebnis bringt.

- **Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2** (★)

Diese Untersuchungen bezuschussen wir jeweils mit bis zu 50 Euro.

- **Zahnversiegelung** (★)

Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren bezuschussen wir die Versiegelung der Milchbackenzähne 4 und 5 und der bleibenden (kleinen) Backenzähne 4 und 5 mit maximal 7,50 Euro je Zahn.

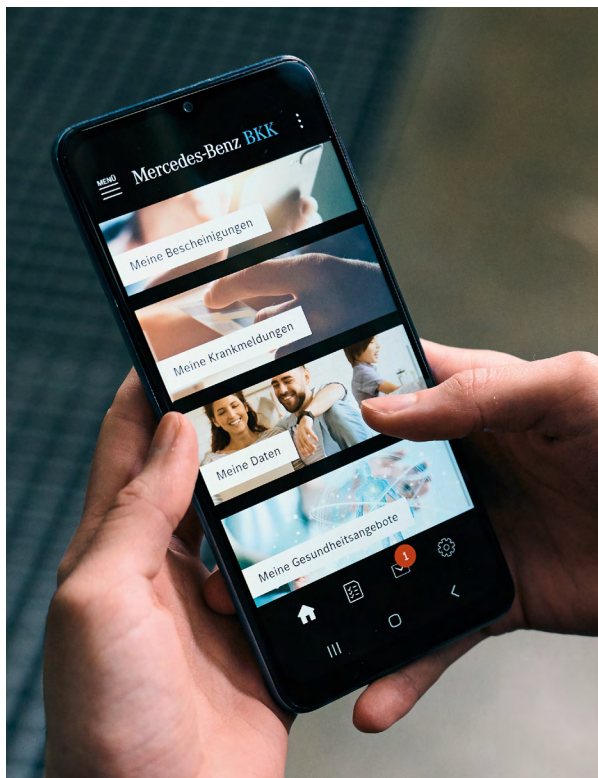
Überzeugt?

Dann sind es nur noch wenige Klicks bis zur Mitgliedschaft!

Online werden Sie ganz schnell und einfach Mitglied.
Zum Online-Eintritt einfach den QR-Code scannen.



Oder Sie füllen die Eintrittserklärung aus und senden sie an
Mercedes-Benz BKK, 28178 Bremen.
Um alles Weitere kümmern wir uns.



Schneller Service über die Mercedes-Benz BKK App

Für viele unserer Mitglieder gehört sie bereits zur Standardausrüstung: die Mercedes-Benz BKK App – kostenfrei erhältlich im Apple App Store oder bei Google Play.

Für die schnelle Erledigung von „Papierkram“ im Kontakt mit uns ist sie unschlagbar, was Einfachheit und Zeitersparnis angeht. Einmal registriert, können Sie uns einfach und sicher mit „Mein Postfach“ Ihre Nachrichten und Dokumente schicken.

Diverse Services, wie Gesundheitskarte beantragen, Bescheinigungen direkt selbst erstellen oder Rechnungen abfotografieren und hochladen, lassen sich mit der Mercedes-Benz BKK App komfortabel erledigen – zu jeder Zeit, an jedem Ort und mit minimalem Aufwand.

Alle Vorteile der App und Neuerungen finden Sie hier:

[mercedes-benz-bkk.com](https://www.mercedes-benz-bkk.com)

Webcode 4830

MERCEDES BENZ BKK: IHRE EINTRITTSERKLÄRUNG

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer	Rentenversicherungsnummer (1)	Geschlecht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachname	Vorname	Weiblich	Männlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Divers	Unbestimmt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	Staatsangehörigkeit		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnummer	PLZ Ort	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer/Handynummer ¹	E-Mail-Adresse ¹	¹ Die Angaben sind freiwillig.	
Ich möchte vom Kundencenter in <input type="text"/>			betreut werden.

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Meine Mitgliedschaft in der Mercedes-Benz BKK soll beginnen am

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 wegen: ☐ **Krankenkassenwechsel**
(Kündigungsverfahren) ☐ **Arbeitgeberwechsel**
(Sofortwahlrecht) (2)

☐ Ich bin Arbeitnehmer ☐ Ich bin Auszubildender/Dualstudent ☐ Ich bin Praktikant/Diplomand (3)

☐ bei der Mercedes-Benz Group AG Werk/Niederlassung/Ort: _____

☐ bei der Daimler Truck Holding AG Werk/Niederlassung/Ort: _____

☐ bei einer Tochtergesellschaft Werk/Niederlassung/Ort: _____

☐ bei einem anderen Arbeitgeber (4): _____
Name des Arbeitgebers

☐ Ich absolviere ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) ☐ Ich bin selbstständig als: _____ (5)

☐ Ich bin in Elternzeit (6) ☐ Ich bin Student/Schüler (7) ☐ Ich bin arbeitslos (8)

☐ Ich bin Rentner (9) ☐ Ich bin Beamter (10)

☐ Ich bin Ehepartner/Kind des BKK-Mitglieds: _____
Name des Ehepartners oder Elternteils, die/der bei uns bereits versichert ist

Ich war bislang versichert: ☐ als Pflichtmitglied ☐ als freiwilliges Mitglied (11) ☐ privat versichert

☐ familienversichert bei der: _____
Name und Anschrift der Krankenkasse

☐ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf

☐ Ich habe Kinder (auch Pflege- oder Adoptivkinder) (12)

☐ Ich habe Angehörige (Ehepartner/Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen (13)

☐ Ich möchte den monatlichen Newsletter erhalten (Bitte oben Ihre E-Mail-Adresse eintragen)

Damit die Mitgliedschaft bei der Mercedes-Benz BKK beginnen kann, treten wir mit Ihrer bisherigen Krankenkasse über das elektronische Meldeverfahren in Verbindung. Wir informieren auch Ihren Arbeitgeber über den Beginn Ihrer Mitgliedschaft.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mercedes-Benz BKK meine angegebenen Kontaktdaten verarbeitet, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK zu beraten und mich zu Kundenbefragungen einzuladen, auch per E-Mail, Telefon und Online-Service. Diese Einwilligung ist freiwillig, ich kann sie jederzeit widerrufen (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO).

☐ Ja ☐ Nein

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Unterschrift

Hinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 SGB I 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 Homepage mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d.

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.

Wichtige Informationen zu Ihrer Eintrittserklärung

Damit Sie Ihre Mitgliedsbescheinigung mit den richtigen Daten schnell erhalten, geben wir Ihnen nachstehend erklärende Hinweise zu Ihrer Eintrittserklärung.

(1) Rentenversicherungsnummer

Die Rentenversicherungsnummer können Sie Ihrem Sozialversicherungsausweis entnehmen. Sollten Sie ihn nicht zur Hand haben, geben Sie uns zusätzlich Ihren Geburtsnamen, Geburtsort und Ihre Staatsangehörigkeit an.

(2) Arbeitgeberwechsel

Bei einem Arbeitgeberwechsel können Sie sofort Mitglied bei uns werden, ohne bei Ihrer vorherigen Krankenkasse zu kündigen. Die elektronische Meldung übernehmen wir für Sie.

(3) Ich bin Praktikant/Diplomand

Bitte Praktikanten-/Diplomandenvertrag beifügen.

(4) Angaben zum Arbeitgeber

Die vollständigen Angaben zu Ihrem Arbeitgeber sind erforderlich, damit wir Ihren Arbeitgeber zeitnah informieren können und der Krankenkassenwechsel zustande kommt.

(5) Ich bin selbstständig

Bitte Ihren letzten vorliegenden Steuerbescheid und Ihre Gewerbeanmeldung (sofern vorhanden) beilegen.

(6) Ich bin in Elternzeit

Bitte Elterngeldbescheid beilegen.

(7) Ich bin Student/Schüler

Bitte Immatrikulationsbescheinigung oder Schulbescheinigung beilegen.

(8) Ich bin arbeitslos

Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit/des Jobcenters (Bewilligungsbescheid) beilegen.

(9) Ich bin Rentner

Bitte Rentenbescheid und ggf. Bescheid über Ihre Betriebsrente beilegen.

(10) Ich bin Beamter

Bitte aktuelle Entgeltbescheinigung und Nachweis über Beihilfeanspruch (sofern vorhanden) beilegen.

(11) Ich war bislang freiwilliges Mitglied (ohne Beschäftigung)

Bitte Nachweis Ihrer Einkünfte und, falls Ihr Ehe-/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist, bitte auch einen Nachweis seiner Einkünfte beilegen.

(12) Nachweis Kinder

Zur korrekten Berücksichtigung Ihres Beitrages zur Pflegeversicherung benötigen wir einen Nachweis Ihrer Elternschaft (z. B. Geburtsurkunde).

(13) Familienversicherung

Sind bisher Ihre Angehörigen (z. B. Ehepartner/Lebenspartner und Kinder) bei Ihnen mitversichert, prüfen wir gern den Anspruch auf Familienversicherung bei unserer BKK. Dazu füllen Sie bitte den beiliegenden Antrag zur Familienversicherung vollständig aus (online oder in Papierform, wie es für Sie am einfachsten ist).

Sobald uns alle Unterlagen vollständig vorliegen, senden wir Ihnen umgehend Ihre persönliche Gesundheitskarte (sowie die Mitgliedsbescheinigung) zu. Sollte uns noch kein Lichtbild von Ihnen vorliegen, erhalten Sie gesonderte Post.

MERCEDES-BENZ BKK:

Beginn der Familienversicherung: _____

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Nachname

Vorname

Versichertennummer
(Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

Ihr Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat

☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen

☐ Sonstiges: _____

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet: _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen.

Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Nachname*				
<p>* Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.</p>				
Vorname				
Geschlecht w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum				
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind				
<p>* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</p>	<div style="text-align: center;">X</div>	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?				
<p>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</p>	<div style="text-align: center;">X</div>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren				
<p>Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.</p>	<div style="text-align: center;">X</div>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Freiwilliger Wehrdienst				
<p>Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.</p>	<div style="text-align: center;">X</div>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endete am:	Datum	Datum	Datum	Datum
• bestand bei:	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Name der Krankenkasse
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Nachname und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:	Name der Krankenkasse			

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatl. Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehe-/Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Hinweis: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage mercedes-benz-bkk.com, Webcode I39d.

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.



Empfehlen Sie uns weiter – es lohnt sich!

Überzeugen Sie Kollegen – aus Überzeugung

Wenn Sie mit unseren Leistungen zufrieden sind, sagen Sie es gern weiter. Denn Ihre guten Erfahrungen liefern die besten Argumente für eine Mitgliedschaft bei der Mercedes-Benz BKK.

Auch Ihren Ehe-/Lebenspartner* oder Kinder, die schon bei uns familienversichert sind und sich zum Start ins Berufsleben oder zur Aufnahme eines Studiums selbst versichern müssen, können Sie werben.



Für jedes neue Mitglied
erhalten Sie eine **Prämie**
in Höhe von 20 Euro!

Ihre Mercedes-Benz BKK

Mitglieder werben Mitglieder

20€
PRÄMIE FÜR SIE