

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.



Mercedes-Benz BKK: Erklärung der Versicherten-Haushaltshilfe (kinderlos).

Ihre Versichertendaten:

Nachname

T | T | M | M | U | U | U | U

Geburtsdatum

Vorname

T | T | M | M | U | U | U | U

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Angaben zu Personen in Ihrem Haushalt.

	Mitglied						Ehe-/Lebenspartner/-in							
Nachname, Vorname														
Geburtsdatum	<u>T T M M U U U U</u>						<u>T T M M U U U U</u>							
Versichertennummer	<u>U U U U U U U U</u>						<u>U U U U U U U U</u>							
Adresse														
Telefon/E-Mail <small>Diese Angabe ist freiwillig.</small>														
Krankenkasse														
Arbeitszeit inkl. Fahrzeit	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
Uhrzeit von ...														
Uhrzeit bis ...														
Wechselschicht														
Uhrzeit von ...														
Uhrzeit bis ...														
Bezahlter Urlaub, Sonderurlaub														
von ... bis ...														

Außer dem/der Antragsteller/-in im Haushalt lebende Person(-en):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandschafts-
verhältnis

Arbeits-/Schulzeit
täglich von ... bis ...

Name der Krankenkasse

<u> </u>				
<u> </u>				
<u> </u>				
<u> </u>				

Eine Weiterführung des Haushaltes ist durch die haushaltshörende Person in der Zeit

vom T | T | M | M | U | U | U | U bis T | T | M | M | U | U | U | U nicht möglich wegen:

- einer akuten Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation
- Arbeitsunfall Berufskrankheit Versorgungsleiden Schädigung durch Dritte
- sonstiger Gründe: _____

Lesen Sie bitte auf Seite 2 weiter.

Mercedes-Benz BKK: Erklärung der Versicherten-Haushaltshilfe (kinderlos).

Der Haushalt wurde bisher geführt von:

Nachname _____ Vorname _____
Täglich von _____ bis _____ Uhr.

Die Weiterführung des Haushalts durch die/den Versicherte/-n ist möglich: Ja Nein Teilweise

Voraussichtlicher Beginn und voraussichtliche Dauer der beantragten Haushaltshilfe.

Datum Beginn: **Dauer:** _____ Tage / _____ Wochen / _____ Stunden/Tag

Mein Haushalt wird/wurde weitergeführt durch: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ehepartner/-in **Lebenspartner/-in** **Lebensgefährte/-gefährtin**

Ihm/Ihr entsteht: Verdienstausfall durch unbezahlten Urlaub vom bis
 Sonstiger Verdienstausfall vom bis

Anschrift des Arbeitgebers: _____

eine selbst beschaffte Ersatzkraft:

Nachname _____ Vorname _____

Straße Hausnummer _____ PLZ Ort _____

Die Ersatzkraft ist mit der/dem Versicherten bzw. deren/dessen Ehepartner/-in ...

verwandt/verschwägert bis zum 2. Grad, es handelt sich um _____

Meiner verwandten/verschwägerten Ersatzkraft entstehen Verdienstausfall/Fahrkosten

Für verwandte und verschwägerte Personen bis zum zweiten Grad (z. B. Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder, Geschwister) können grundsätzlich keine Kosten erstattet werden. Sofern erforderliche Fahrkosten und ein Verdienstausfall entstehen, kann eine Erstattung in einem angemessenen Verhältnis erfolgen. Nachweis bitte beifügen, hochladen oder nachreichen.

nicht verwandt/verschwägert

eine karitative Organisation (z. B. Sozialstation) für _____ Stunden täglich

vom bis

Adresse der Sozialstation: Straße Hausnummer _____ PLZ Ort _____

Die Erstattungsbeträge überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

Nachname, Vorname Kontoinhaber/-in

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Soll diese Kontonummer für künftige Anträge und Erstattungen bei uns hinterlegt werden?

Ja Nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich zu Unrecht empfangene Leistungen zurückzahlen muss.

Änderungen, die sich während der Tätigkeit der Haushaltshilfe ergeben, werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

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

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

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 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: Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe.

1 0 8 0 3 0 7 7 5

Kassen-Nr.

Versichertennummer

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen:

- einer akuten Erkrankung eines Unfalls Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung
 Befunde/Berichte sind beigefügt

Wegen welcher Diagnose ist die Weiterführung des Haushaltes der/dem Versicherten nicht möglich?

Befunde/Berichte bitte beifügen.

Ausführliche Begründung zur Notwendigkeit der Haushaltshilfe:

Bei welchen Tätigkeiten bestehen Einschränkungen?

Ist strenge Bettruhe einzuhalten? Ja Nein

Die Haushaltshilfe ist erforderlich von _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden täglich.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift (Vertragsärztin/Vertragsarzt)

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.