

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 stationäre Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 43 oder 43a SGB XI)

Ihre Versichertendaten:

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J
Geburtsdatum

Versichertennummer

Beantragte Leistung

- ☐ Vollstationäre Pflegeleistungen nach § 43 SGB XI (Versorgung erfolgt durch eine Vertragspflegeeinrichtung der Pflegekasse)
- ☐ Höherstufung
- ☐ Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Angaben zum Leistungserbringer

Die Pflege erfolgt seit/ab dem T T M M J J J J J in der Einrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Telefonnummer

Ich erhalte bereits Pflegegeld oder eine vergleichbare Leistung (bitte Bescheide beifügen) von

☐ der Unfallversicherung ☐ dem Sozialamt ☐ sonstige Institution: _____
Name der Institution

Bestehen Beihilfeansprüche?

☐ Ja, Versorgungsstelle: _____ ☐ Nein

Lesen Sie bitte auf der zweiten Seite weiter.

Mercedes-Benz **BKK**:

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung (§§ 43 oder 43a SGB XI)

Mein behandelnder Arzt ist:

Nachname

Vorname

Telefonnummer

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

Der behandelnde Arzt und die betreuenden Pflegekräfte dürfen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

☐ Ja, damit bin ich einverstanden.

☐ Nein, damit bin ich nicht einverstanden; Nachteile bei der Leistungserbringung (§ 66 SGB I) nehme ich in Kauf.

Folgende Person wurde als Betreuer/Bevollmächtigter bestimmt:

Nachname

Vorname

Telefonnummer

Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)

☐ Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt.

☐ Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor.

T T M M J J J J

Datum

Unterschrift Antragsteller

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