



# 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 Versicherten schätzen das und geben uns in der aktuellen Kundenumfrage die **Bestnote 1 für unsere persönliche Betreuung**.

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 in einem unserer Trägerunternehmen an?**

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

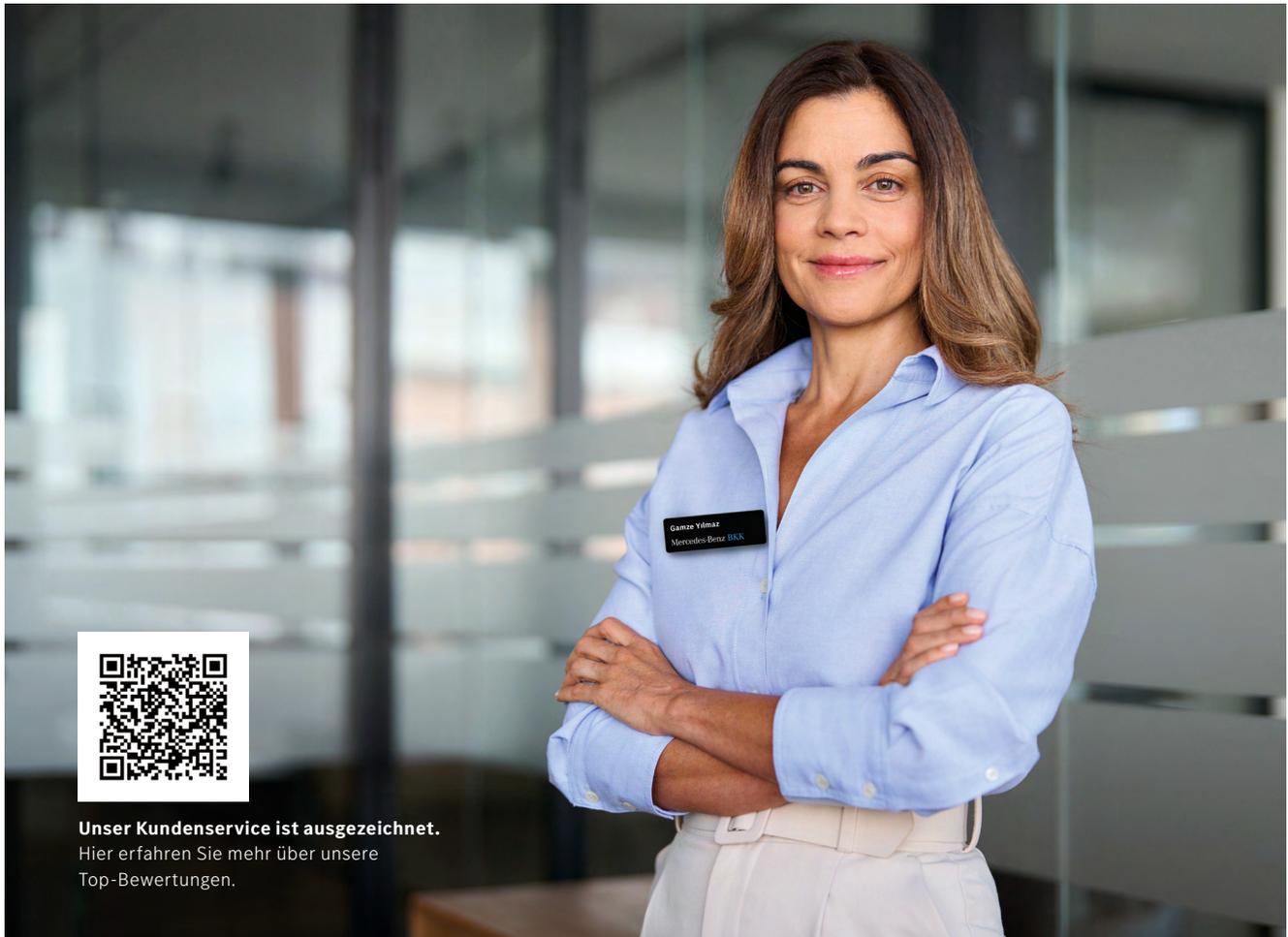
### **Unser Beitrag für Ihre Gesundheit**

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.



# Wir haben viel zu bieten – persönlich ...

Wir beraten Sie fair – so wie unseren besten Freund. Als ausgebildete Sozialversicherungsexperten kennen wir uns aus und machen Ihnen das für Sie beste Angebot – vertrauen Sie unserer Erfahrung und Kompetenz.



## Individuelle, persönliche Betreuung

Der Mensch steht bei uns im Mittelpunkt. Um die Anliegen unserer Versicherten kümmern wir uns so wie um unsere eigenen. Unsere Kunden schätzen uns für diese persönliche Note: In der aktuellen Mercedes-Benz BKK Kundenbefragung gaben uns unsere Versicherten die Bestnote 1 zum Thema Betreuung.

Wir wissen, was in den Betrieben von Mercedes-Benz und Daimler Truck läuft. Unsere Angebote sind daher passgenau auf die Bedürfnisse unserer Kunden zugeschnitten. Sie erfahren eine hohe Betreuungsqualität in unmittelbarer Nähe zum Arbeitsplatz.

## Nah dran

Der Weg zu uns ist kurz, denn wir sind vor Ort. Wir sind an allen großen Mercedes-Benz und Daimler Truck Standorten mit Kundencentern für Sie da. Und wir kommen auf Wunsch auch zu Ihnen an den Arbeitsplatz.

Beim Kundenmonitor® Deutschland 2024 wählten uns unsere Kunden in der Kategorie **Leistungsumfang** auf den ersten Platz. Bei unserer aktuellen Kundenumfrage gaben uns unsere Kunden die Bestnote 1 für unsere **Betreuungsqualität**.



**Hier gehts zu unserer App.**  
Einfach mal durchklicken und  
dann herunterladen.

## ... und digital

Ob auf unserer Website oder mit der Mercedes-Benz BKK App – mit unserem Service „Meine Mercedes-Benz BKK“ erledigen Sie viele Dinge einfach im Handumdrehen selbst. Wann und wo Sie wollen.

### **Unser Tipp**

Registrieren Sie sich jetzt für „Meine Mercedes-Benz BKK“, dann können Sie bei Bedarf die vielen praktischen Services sofort nutzen.

### **Ihre Vorteile**

- Digitales Postfach
- Upload von Rechnungen und weiteren Dokumenten
- Mitgliedsbescheinigung und Auslandskrankenschein selbst erstellen
- Adressänderung selbst vornehmen
- Digitale Versorgungsangebote

### **Unser Service**

#### **Digital fit**

DiGA, ePA und Co. – wir erklären Ihnen unsere digitalen Services, stellen Ihnen komprimiertes Wissen rund um digitale Versorgungsangebote zur Verfügung und erklären Ihnen, wie Sie diese nutzen können.

# Extraleistungen exklusiv für Sie

## Unsere Extras für Ihre Gesundheit

- **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.
- **7Mind Achtsamkeits-App** ✨  
Versicherte der Mercedes-Benz BKK nutzen die Premiumversion dieser App zwölf Monate kostenlos.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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 Sie 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.
- **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.

- **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.
- **Qualitätsgesicherte Gesundheitskurse** ✨  
Sie halten sich fit – wir übernehmen 90 Prozent der Teilnahmegebühren, max. 150 Euro je Kurs, max. zweimal im Jahr.
- **Schutzimpfungen** ✨  
Wir übernehmen die Kosten für gesetzlich geregelte Impfungen und für alle ärztlich empfohlenen Impfungen.
- **Wahltarif Beitragsrückerstattung** ✨  
**(Prämienzahlung)**  
Sie bekommen bis zu einen Monatsbeitrag erstattet, rückwirkend für das Jahr 2025 578,81 Euro, wenn Sie außer Vorsorgeangeboten und Gesundheitsförderungsmaßnahmen keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

## Unsere Extras für Ihre Vorsorge

- **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.
- **Hautkrebscreening** ✨  
Bei uns ist es für alle unter 35 Jahren möglich, jährlich ein Hautkrebscreening bis 25 Euro bezahlt zu bekommen. Ab 35 Jahren erstatten wir ergänzend zur gesetzlichen Vorsorge alle zwei Jahre ebenfalls bis zu 25 Euro. Voraussetzung ist jeweils, dass die Leistung nicht über die Versichertenkarte oder im Rahmen eines Versorgungsvertrags abgerechnet wurde. Über weitere regionale oder besondere Versorgungsverträge gibt es zusätzliche Möglichkeiten, das Hautkrebscreening zu bekommen. 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.

## Unser Mehr an Service

- **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.
- **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.
- **Mercedes-Benz BKK App** \*  
Das digitale Postfach, Self-Services, Online-Teilnahme am Bonusprogramm 100 PRO AKTIV, digitale Versorgungsangebote und vieles mehr.
- **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.

## Unser Plus 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/-in** \*  
Wir erstatten bis zu 50 Euro jährlich für die Teilnahme Ihres Partners/Ihrer Partnerin, wenn er/sie bei uns versichert ist.
- **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.

**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**.



- **Mutterschaftsgeld online beantragen** \*  
„Meine Mercedes-Benz BKK“ bietet schnellen Service: Bescheinigungen „Mutmaßlicher Entbindungstermin“ und „Geburtsurkunde“ abfotografieren, hochladen und das Mutterschaftsgeld einfacher als auf dem herkömmlichen Postweg erhalten.
- **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.

## Unser Plus 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 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 bitte hier entlang .....

Oder Sie füllen die Eintrittserklärung aus und senden sie an

**Mercedes-Benz BKK, 28178 Bremen.** Um alles Weitere kümmern wir uns.



# Wichtige Informationen zu Ihrer Eintrittserklärung

**Damit Sie Ihre Mitgliedsbescheinigung mit den richtigen Daten schnell erhalten, geben wir Ihnen nachstehend erklärende Hinweise zu Ihrem Aufnahmeantrag.**

## **(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/-in/Diplomand/-in**

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/-in/Schüler/-in**

Bitte Immatrikulationsbescheinigung oder Schulbescheinigung beilegen.

## **(8) Ich bin arbeitslos**

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

## **(9) Ich bin Rentner/-in**

Bitte Rentenbescheid und ggf. Bescheid über Ihre Betriebsrente beilegen.

## **(10) Ich bin Beamter/Beamtin**

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/-e Ehe-/Lebenspartner/-in nicht gesetzlich krankenversichert ist, bitte auch einen Nachweis seiner/ihrer 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/-in/Lebenspartner/-in 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: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung | 1

## 1. Angaben zum Mitglied

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon tagsüber<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.)

## 3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft     Geburt des Kindes  
 Heirat     Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zu der Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in<sup>2</sup> soll beitragsfrei mitversichert werden ab:

Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab:

Bei mehr als zwei mitzuversichernden Kindern bitte zusätzlich die dritte und vierte Seite verwenden.

## 4. Ihr Familienstand

- Ledig     Verheiratet     Getrennt lebend  
 Geschieden seit: \_\_\_\_\_  Verwitwet  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Die Angaben sind freiwillig.    <sup>2</sup>Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.

## 5. Ehe-/Lebenspartner/-in

Auch wenn Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner/-in nicht bei uns mitversichert werden soll, benötigen wir folgende Angaben.

### Allgemeine Angaben

Nachname \_\_\_\_\_  
Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen.

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  W  M  D  U<sup>3</sup>  
<sup>3</sup>Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt.

Geburtsdatum

Ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

## 6. Kind/-er

Ich möchte \_\_\_\_\_ Kind/-er mitversichern:

### Kind 1

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  W  M  D  U<sup>3</sup>

Geburtsdatum

Ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Kind 2

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  W  M  D  U<sup>3</sup>

Geburtsdatum

Ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Warum sind Ihre Angaben für die Familienversicherung wichtig?

Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen gelten bestimmte gesetzliche Auflagen. Deshalb benötigen wir die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/-in auch dann, wenn Sie nur Ihre Kinder bei uns versichern wollen – u. a. damit ausgeschlossen ist, dass eine gleichzeitige Versicherung bei verschiedenen Krankenkassen besteht. Ist Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner/-in mit den Kindern verwandt, aber nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, benötigen wir Einkommensnachweise. Im Rahmen der gesetzlichen Auflagen erhalten Sie künftig einmal jährlich von uns einen Fragebogen für die Weiterführung der Familienversicherung.

**Bisherige Krankenversicherung**  Mitgliedschaft  
 Familienversicherung  
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von           bis

Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitgliedschaft  
 Familienversicherung  
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von           bis

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitgliedschaft  
 Familienversicherung  
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von           bis

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Mercedes-Benz BKK: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung | 1

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Ehe-/Lebenspartner/-in** **Kind 1** **Kind 2**

**Rentenversicherungs-Nr.**

Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_  
 Geburtsland \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Einkünfte**

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in bzw. mein/-e Kind/-er hat/haben eigenes Einkommen  Ja

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich.

Ja  Ja  Ja

Wenn „Ja“, beantworten Sie bitte die folgenden Punkte für Ihre/-n Familienangehörigen.

Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich <sup>4</sup>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl. <sup>4</sup>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl. <sup>4</sup>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich <sup>4</sup>	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Art der Einkünfte <sup>4</sup> Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung	_____	_____	_____

<sup>4</sup> Bitte vollständige Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II  Ja  Ja  Ja  
 Selbstständige Tätigkeit liegt vor  Ja  Ja  Ja

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meines/meiner o.a. Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese/-r selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse bzw. einer anderen Krankenversicherung wird/werden.**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitglieds**  
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
**Ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen**  
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

**Schul- oder Studienzeit**

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.

Schule  Studium  Schule  Studium  
 von [T T M M J J J J] von [T T M M J J J J]  
 bis [T T M M J J J J] bis [T T M M J J J J]

**Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst**

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.

von [T T M M J J J J] von [T T M M J J J J]  
 bis [T T M M J J J J] bis [T T M M J J J J]

**Datenschutzhinweis:** 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.

# Mercedes-Benz BKK: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung | 2

Nachname	Vorname	Versichertennummer																																																	
<b>Allgemeine Angaben</b>	<b>Kind 3</b>	<b>Kind 4</b>	<b>Kind 5</b>																																																
Nachname <small>Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen.</small>																																																			
Vorname																																																			
Geschlecht <small><sup>1</sup> Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt.</small>	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U <sup>1</sup>																																																
Geburtsdatum	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J																								
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
Ggf. abweichende Anschrift	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer																																																
	PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ Ort																																																
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind																																																
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																																																
<b>Bisherige Krankenversicherung</b>	<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																																																
Versicherungszeitraum	von <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> bis <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J	von <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> bis <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J	von <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table> bis <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
T	T	M	M	J	J	J	J																																												
Versichertennummer <small>Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.</small>																																																			
Name und Sitz der Krankenkasse																																																			
<b>Rentenversicherungs-Nr.</b> <small>Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:</small>																																																			
Geburtsname																																																			
Geburtsort																																																			
Geburtsland																																																			
Staatsangehörigkeit																																																			





Mitglieder werben Mitglieder

**20€**  
PRÄMIE FÜR SIE

# 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