



BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Name, Vorname des Antragstellers	Kundennummer	Geburtsdatum
Anschrift	Telefonnummer	

1. Antragsgrund:

- ☐ Ambulante Operation am _____
- ☐ Nachbehandlung nach einer ambulanten Operation am _____
- ☐ Stationärer Krankenhausaufenthalt vom _____ bis _____
- ☐ Ambulante Behandlung am _____
- ☐ Teilstationäre Behandlung vom _____ bis _____
- ☐ Begutachtung beim Medizinischen Dienst am _____
- ☐ Sonstiges: _____ vom _____ bis _____

Bitte Bestätigung / Nachweis beifügen.

2. Dauerhafte Mobilitätseinschränkung:

- ☐ Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, BI oder H (Bitte Ausweiskopie beifügen)
- ☐ Pflegegrad _____
- ☐ Vergleichbarer Grund (Bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

3. Beförderungsmittel:

- ☐ Öffentliches Verkehrsmittel ☐ PKW ☐ Taxi / Mietwagen ☐ Krankentransportwagen

4. Strecke:

Am	Von	Nach

Anzahl der Fahrten: _____

Unfall/Unfallfolgen ☐ nein / ☐ ja

Begleitperson: ☐ nein ☐ ja (Bitte eine med. Notwendigkeitsbescheinigung des Arztes beilegen)

5. Kosten:

Meine Aufwendungen betrugen zusammen: _____ €

Bitte Nachweise (Fahrkarten, Quittungen, Fahrtbescheinigungen, Verordnungen) beifügen.

6. Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Ich möchte Neuigkeiten zuerst erfahren

- ☐ Bitte informieren Sie mich über Neues bei der BAHN-BKK per Telefon, E-Mail oder SMS. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.
- ☐ Geben Sie bitte meine Adressdaten und Telefonnummer an die DEVK weiter, damit sie mich über eine Krankenzusatzversicherung informieren kann. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

(Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten)

(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)