



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 / jaBegleitperson: nein ja (Bitte eine med. Notwendigkeitsbescheinigung des Arztes beilegen)**5. Kosten:**

Meine Aufwendungen betragen 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) _____