

Antrag auf Fahrkostenerstattung

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie Ihren Antrag für die Erstattung von Fahrkosten.

Bitte beachten Sie, dass wir Fahrkosten zur ambulanten Behandlung nach den gesetzlichen Vorschriften nur in besonderen Ausnahmefällen nach unserer vorherigen Genehmigung bezuschussen können. Damit wir die Kostenübernahme prüfen können, reichen Sie uns bitte den von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellten Vordruck „Verordnung einer Krankenbeförderung“ ein.

Wenn Sie mit einem privaten Pkw fahren, obwohl ein öffentliches Verkehrsmittel hätte benutzt werden können, erstatten wir Ihnen nach den Krankentransportrichtlinien die Kosten, die bei Nutzung des öffentlichen Verkehrsmittels entstanden wären. Ist die Nutzung eines privaten Pkws medizinisch begründet, behalten wir uns vor, die Kilometeranzahl zu überprüfen.

Ihr gesetzlich festgelegter Eigenanteil beträgt 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5,00 Euro und maximal 10,00 Euro. Er beträgt nicht mehr als die Kosten der Fahrt.

Hinweis: Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob und in welchem Umfang sich die Betriebskrankenkasse Mobil Oil an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

Unser Serviceangebot für Sie

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern persönlich rund um das Thema. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf.

In unseren Service-Points sind wir montags bis freitags von 08:00 bis 17:00 Uhr für Sie da.

BKK Mobil Oil Burggrafstraße 1 29221 Celle	BKK Mobil Oil Martin-Behaim-Straße 8 63263 Neu-Isenburg
--	---

BKK Mobil Oil Hühnerposten 2 20097 Hamburg	BKK Mobil Oil Friedenheimer Brücke 29 80639 München
--	---

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns unter der kostenlosen Hotline 0800 255 0800.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**

Bitte zurück an: BKK Mobil Oil, 20091 Hamburg

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten von _____

Vorname Name (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Adresse und Krankenversicherungsnummer

Ich beantrage die Erstattung von Fahrkosten für mich meinen Ehegatten mein Kind.
1. Fahrt/-en oder Transport/-e

Datum der Hinfahrt	Datum der Rückfahrt	Behandlungsort

2. Die Strecke wurde zurückgelegt mit:

öffentl. Verkehrsmittel eigenem Pkw, einfache Entfernung ____ km Taxi/Mietwagen
 Krankenwagen Sonstiges: _____

3. Angaben zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Bitte immer angeben, auch wenn ein anderes Verkehrsmittel genutzt wurde.)

ab Haltestelle/Bahnhof (Name, Ort)	ggf. Umstieg (Name, Ort)	an Haltestelle/Bahnhof (Name, Ort)
Name und Anschrift der Verkehrsgesellschaft		

Ich besitze eine

Bahncard (25, 50, 100): _____ Monatskarte
 Wertmarke zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Verkehrsmittel nach dem Schwerbehindertengesetz

4. Unfall/Unfallfolgen ja nein
Unfallfragebogen ist beigefügt liegt dort vor wird nachgereicht

Anlagen: Verordnung/-en von Krankenfahrten (bitte unbedingt beifügen), Fahrt-/Transportbescheinigungen, Fahrkarten, Quittungen

Meine Bankverbindung lautet:

Name und Ort des Geldinstituts

DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

____ / ____ / ____ / ____

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Datenschutzhinweis

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Fahrkosten im Rahmen von § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Telefonnummer/E-Mail-Adresse