An:
KRONES BKK
Bayerwaldstr. 2L
93073 Neutraubling
Fax: +49 9401 70-2950
Email: bkk.info@krones.com

Absender:
Name
Vorname:
Straße:
PLZ / Ort:
Versicherungsnummer:

Antrag auf Erstattung von Fahrkosten

Die Fahrt/en erfolgte/n mit:

☐ öffentlichen Verkehrsmitteln **(bitte fügen Sie Ihre Tickets bei)**

☐ privatem PKW **(bitte ergänzen Sie die Tabelle und fügen die Verordnung der Krankenfahrt bei)**

☐ Taxi/Mietwagen **(bitte fügen Sie den Quittungsbeleg und die Verordnung der Krankenfahrt bei)**

Stehen die Fahrten im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Unfallfolge?

☐ ja ☐ nein

Behandlungsdatum	**Von**	**Nach**	**km (einfache Entfernung)**

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“?

☐ ja **(bitte Kopie des Ausweises beifügen)** ☐ nein

Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:

IBAN:

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitteilen muss.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis:
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Krones BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website www.krones-bkk.de/datenschutzrechte oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.