

An:
 KRONES BKK
 Bayerwaldstr. 2L
 93073 Neutraubling
 E-Mail: 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