

## 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 Krankbeförderung“ 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 Mobil Krankenkasse an den Kosten beteiligt, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

### HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich. Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](http://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.  
Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**  
[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

Bitte zurück an: Mobil Krankenkasse, 20091 Hamburg

**ANTRAG AUF ERSTATTUNG VON FAHRKOSTEN VON**

Vorname Name (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.) \_\_\_\_\_

Adresse und Krankenversicherturnummer \_\_\_\_\_

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)
<b>Name und Anschrift der Verkehrsgesellschaft</b>		

Ich besitze eine

- Bahncard (25, 50, 100): \_\_\_\_\_  Monatskarte  
 Wertmarke zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Verkehrsmittel nach dem Schwerbehinder-  
tengesetz

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

\_\_\_\_\_  
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 Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.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 weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer/E-Mail-Adresse