

Versicherungsnummer	ATAD
_____	_____

Antrag auf Erstattung von Reisekosten / Kosten für eine Begleitperson

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		VSNR	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
_____	_____		

➔ Von der Versicherten / dem Versicherten auszufüllen:

Kosten für Anreise	Kosten für Abreise
Bitte vorhandene Belege beifügen	Bitte vorhandene Belege beifügen
1. Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/> für meine Begleitperson	1. Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> für mich <input type="checkbox"/> für meine Begleitperson
2. Fahrkosten mit dem Pkw <input type="checkbox"/> mit dem Privat-Pkw <input type="checkbox"/> ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> mit Begleitperson <input type="checkbox"/> mit Taxi / Krankentransport	2. Fahrkosten mit dem Pkw <input type="checkbox"/> mit dem Privat-Pkw <input type="checkbox"/> ohne Begleitperson <input type="checkbox"/> mit Begleitperson <input type="checkbox"/> mit Taxi / Krankentransport
3. Verpflegungsgeld <input type="checkbox"/> für mich und gegebenenfalls meine Dauer begleitperson Abfahrt am Wohnort um Uhr Ankunft in der Rehabilitationseinrichtung um Uhr <input type="checkbox"/> für meine Begleitperson (nur Reisebegleitung) Abfahrt am Wohnort um Uhr Ankunft am Wohnort um Uhr	3. Verpflegungsgeld <input type="checkbox"/> für mich und gegebenenfalls meine Dauer begleitperson Abfahrt von der Rehabilitationseinrichtung um Uhr Ankunft am Wohnort um Uhr <input type="checkbox"/> für meine Begleitperson (nur Reisebegleitung) Abfahrt am Wohnort um Uhr Ankunft am Wohnort um Uhr

Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)	
D E _____	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Hiermit versichere ich, Reiseunterlagen von DB Dialog weder erhalten noch in Anspruch genommen zu haben. Mir ist bekannt, dass die Abgabe einer inhaltlich unrichtigen Erklärung mit dem Ziel, unberechtigterweise Leistungen zu erhalten, strafrechtlich verfolgt werden kann.	
Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
_____	_____

Hinweis zum Datenschutz

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Hinweis für die Versicherte / den Versicherten, falls die Rehabilitationseinrichtung die Kosten nicht ausgezahlt hat:

Die Kosten können Ihnen durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz erstattet werden, wenn die Entlassungsmitteilung der Rehabilitationseinrichtung dort vorliegt.

➔ Von der Ärztin / dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung auszufüllen, sofern die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hierzu nicht bereits eine Entscheidung getroffen hat (siehe Bewilligungsmitteilung):

Für die Anreise am _____ war <input type="checkbox"/> eine Begleitperson <input type="checkbox"/> die Fahrt mit dem Taxi / Krankentransport <input type="checkbox"/> die Fahrt mit dem privaten Pkw aus medizinischen Gründen <input type="checkbox"/> erforderlich. <input type="checkbox"/> nicht erforderlich.	Für die Abreise am _____ ist <input type="checkbox"/> eine Begleitperson <input type="checkbox"/> die Fahrt mit dem Taxi / Krankentransport <input type="checkbox"/> die Fahrt mit dem privaten Pkw aus medizinischen Gründen <input type="checkbox"/> erforderlich. <input type="checkbox"/> nicht erforderlich.
Datum _____	Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____

➔ Von der Klinikverwaltung auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Die von der Versicherten / dem Versicherten beantragten Kosten wurden nicht erstattet. <input type="checkbox"/> Die Versicherte / Der Versicherte nutzte den angebotenen Fahrdienst.	
<input type="checkbox"/> Von den beantragten Kosten wurden der Versicherten / dem Versicherten bereits erstattet / überwiesen:	
1. Fahrkosten	
<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel (siehe beigefügte Belege) = _____ EUR	
<input type="checkbox"/> Privat-Pkw kürzeste Straßenverbindung (Hinfahrt und Rückfahrt)	
<input type="checkbox"/> 0,20 EUR (Höchstbetrag 130 EUR) = _____ EUR = _____ EUR	
2. Gepäckkosten = _____ EUR	
3. Verpflegungsgeld = _____ EUR	
Erstattungsbetrag insgesamt = _____ EUR	
Datum _____	Unterschrift, Stempel der Rehabilitationseinrichtung _____

➔ Bestätigung der Versicherten / des Versicherten:

Den Gesamtbetrag von _____ EUR habe ich erhalten.	
_____	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

Zurück an:

Deutsche Rentenversicherung
 Rheinland-Pfalz
 Leistungsabteilung
 Bereich Rehabilitation
 67340 Speyer

Zutreffende Telefaxnummer

Geburts- tag	Telefaxnummer
Versicherte / Versicherter	
000000 bis 101080	06232 17-128009
101081 bis 210236	06232 17-128020
210237 bis 999999	06232 17-128022

Per Telefaxnummer 06232 17- _____ Seitenanzahl: _____

ATAD _____