Deutche Rentenversicherung Saarland
Martin-Luther-Str. 2-4, 66111 Saarbrücken
Postanschrift: 66108 Saarbrücken

Telefon 0681 3093-0, Telefax 0681 3093-199
Servicetelefon 0800 1000 48 017
service@drv-saarland.de
www.deutsche-rentenversicherung-saarland.de

Deutsche Rentenversicherung

Abschnitt / BKZ	Versicherungsnummer	Versicherte(r)

Antrag auf Erstattung von Reisekosten anlässlich einer Rehabilitationsmaßnahme

Berechtigte(r)
Anschrift / Telefon

Ich beantrage die Erstattung der mir entstandenen Reisekosten anlässlich der Rehabilitationsmaßnahme

vom _____ bis _____ in _____

I. Anreise

☐ Die Anreise erfolgte mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Belege anbei.

☐ Die Anreise erfolgte mit dem PKW. Es wurden insgesamt _____ Kilometer zurückgelegt.

☐ Begründung bei abweichender Streckenführung, Fahrt durch Begleitperson etc.:

☐ Aus medizinischen Gründen wurde ein Taxi bzw. ein Mietwagen benutzt.*

☐ Begleitperson bei Anreise genehmigt.* (* ggf. ärztliche Verordnung beifügen)

☐ Dauerbegleitperson genehmigt.

☐ Erstattung Verpflegungsgeld: Abfahrt am Wohnort _____ Uhr.

Ankunft in der Reha-Einrichtung _____ Uhr.

II. Abreise

☐ Die Abreise erfolgte mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Belege anbei.

☐ Die Abreise erfolgte mit dem PKW. Es wurden insgesamt _____ Kilometer zurückgelegt.

☐ Begründung bei abweichender Streckenführung, Fahrt durch Begleitperson etc.:

☐ Aus medizinischen Gründen wurde ein Taxi bzw. einen Mietwagen benutzt.*

☐ Begleitperson bei Abreise genehmigt.* (*ggf. Verordnung der Reha-Einrichtung beifügen)

☐ Erstattung Verpflegungsgeld: Abfahrt von der Reha-Einrichtung _____ Uhr.

Ankunft am Wohnort _____ Uhr.

☐ Ich bitte um Überweisung auf das Konto:

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber (falls vom Berechtigten abweichend)	

Hiermit versichere ich ausdrücklich, von keiner anderen Stelle einen Vorschuss, eine Fahrkarte oder eine Gutschrift auf die Reisekosten erhalten zu haben. Mir ist bekannt, dass die Abgabe einer inhaltlich unrichtigen Erklärung strafrechtlich verfolgt werden kann.

_____ (Ort) _____ (Datum) _____ (Unterschrift)

Rehabilitationseinrichtung/Absender

An die:

Deutsche Rentenversicherung Saarland
Martin-Luther-Str. 2-4
66111 Saarbrücken

Reisekostenabrechnung für vom Versicherten selbst verauslagte Reisekosten:

versicherte Person _____, geboren am _____

☐ Genehmigung des Rentenversicherungsträgers
☐ für eine Begleitperson ☐ bei Anreise / ☐ bei Abreise / ☐ als Dauerbegleitung liegt vor.
☐ zur Beförderung in der 1. Klasse liegt vor.
☐ Entscheidung des Arztes der Rehabilitationseinrichtung zur medizinischen Notwendigkeit
☐ für eine Begleitperson ☐ bei Anreise / ☐ bei Abreise ist beigefügt.
☐ zur Beförderung in der 1. Klasse / ☐ mit Taxi / Krankenwagen ist beigefügt.

	Anreise	**Abreise**	**Erstattungsbetrag in €**
Kfz	____ km x 0,20 € = _____ €	____ km x 0,20 € = _____ €	_____€ (insges. max. 130,- €)
Kfz Begleitperson alleinige Fahrt	____ km x 0,20 € = _____ €	____ km x 0,20 € = _____ €	_____€ (insges. max. 130,- €)
Bahn/Bus			
- Fahrkarte			_____€
- IC/ICE-Zuschlag			_____€
- Gepäckbeförderung			_____€
- Reservierung Platzkarte			_____€
Bahn/Bus Begleitperson			
- Fahrkarte			_____€
- IC/ICE-Zuschlag			_____€
- Gepäckbeförderung			_____€
- Reservierung Platzkarte			_____€
Verpflegungsgeld			_____€
Übernachtungsgeld			_____€
			_____€
			_____€
		Summe:	€

_____
Unterschrift / Stempel der Rehabilitationseinrichtung

Empfangsbestätigung der versicherten Person

Ich bestätige, den Betrag in Höhe von _____ Euro erhalten zu haben.

_____
Datum und Unterschrift des Rehabilitanden