

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------



MSAT / MSNR

--

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Antrag auf Fahrkostenerstattung anlässlich der Teilnahme an Nachsorgeleistungen

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Unbedingt von der Nachsorgeeinrichtung auszufüllen und zu bestätigen:

Leistung zur Nachsorge im Zeitraum vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
Anzahl der Teilnahmetage		X	EUR	Cent	=	EUR	Cent		
			5	00					
Gesamtbetrag							=	EUR	Cent

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

Erklärung des Versicherten:

Ich hatte an _____ Tagen wegen der Teilnahme an der Nachsorge Fahrkostenaufwendungen.
 Hiermit beantrage ich für diese Tage die Auszahlung der Fahrkostenpauschale in Höhe von jeweils 5 EUR.
 Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben eine Rückforderung zur Folge haben.

Werden / wurden die Fahrkosten durch den Nachsorgeanbieter ausgezahlt?

nein ja

Die Auszahlung der Fahrkostenpauschale erfolgt nicht durch den Nachsorgeanbieter, deshalb bitte ich, den Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)
D E
Geldinstitut (Name, Ort)
Kontoinhaber / Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Information zu den Fahrkosten anlässlich der Teilnahme an einer Nachsorgeleistung

Sofern Ihnen tatsächlich anlässlich der Teilnahme an der Nachsorgeleistung Fahrkosten für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines privaten Kraftfahrzeugs entstehen, beteiligt sich der Rentenversicherungsträger mit einer Pauschale von 5 EUR je Teilnahmetag an diesen Kosten.

Für die ordnungsgemäße Abwicklung der Fahrkostenerstattung bitten wir Sie, den umseitigen Antrag vollständig ausgefüllt an Ihren Rentenversicherungsträger zurückzusenden.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

--

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Antrag auf Fahrkostenerstattung anlässlich der Teilnahme an Nachsorgeleistungen

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Unbedingt von der Nachsorgeeinrichtung auszufüllen und zu bestätigen:

Leistung zur Nachsorge im Zeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Anzahl der Teilnahmetage

--

 x

EUR	Cent
	5 0 0

 =

EUR	Cent

Gesamtbetrag =

EUR	Cent

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

Erklärung des Versicherten:

Ich hatte an _____ Tagen wegen der Teilnahme an der Nachsorge Fahrkostenaufwendungen.

Hiermit beantrage ich für diese Tage die Auszahlung der Fahrkostenpauschale in Höhe von jeweils 5 EUR.

Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben eine Rückforderung zur Folge haben.

Werden / wurden die Fahrkosten durch den Nachsorgeanbieter ausgezahlt?

nein ja

Die Auszahlung der Fahrkostenpauschale erfolgt nicht durch den Nachsorgeanbieter, deshalb bitte ich, den Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)
D E
Geldinstitut (Name, Ort)
Kontoinhaber / Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Information zu den Fahrkosten anlässlich der Teilnahme an einer Nachsorgeleistung

Sofern Ihnen tatsächlich anlässlich der Teilnahme an der Nachsorgeleistung Fahrkosten für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines privaten Kraftfahrzeugs entstehen, beteiligt sich der Rentenversicherungsträger mit einer Pauschale von 5 EUR je Teilnahmetag an diesen Kosten.

Für die ordnungsgemäße Abwicklung der Fahrkostenerstattung bitten wir Sie, den umseitigen Antrag vollständig ausgefüllt an Ihren Rentenversicherungsträger zurückzusenden.

