



Name

Ihr Zeichen

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt oder ist mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert:

Nein

Ja \_\_\_\_\_  
Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Tochter, Enkel, Schwiegersohn)

### Fahrkosten und Verdienstaussfall – nur bei Verwandtschaft oder Schwägerschaft<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Bitte nur ausfüllen, wenn die Vertretungskraft mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und Kosten entstanden sind.

Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bitte Originalbelege beilegen.)

Fahrkosten mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_

Kilometer gesamt: \_\_\_\_\_ x 0,20 Euro = \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Euro

Verdienstaussfall (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über Nettoverdienstaussfall beilegen.)

**Rechnungsbetrag gesamt** \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Euro

### Wurde der Rechnungsbetrag bereits an die Vertretungskraft gezahlt?

Nein - Bitte erstatten Sie den Betrag direkt an die Vertretungskraft.

Ja - Ich habe der Vertretungskraft den oben genannten Betrag gezahlt.

### Bankverbindung für die Erstattung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

**D E** \_\_\_\_\_  
Deutsche IBAN

\_\_\_\_\_  
Ausländische IBAN (falls auf diese IBAN erstattet werden soll)

\_\_\_\_\_  
BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Nr.

\_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort

### Unterschrift

Datum/Unterschrift der **Vertretungskraft**

Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift der/des **Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten**  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Ich bin tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_