

Abtretungserklärung

(für Leistungen einer Kranken-/Pflegekasse, Versicherung o.ä.)

Hiermit trete ich

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geb.Datum)

.....
(Straße, PLZ/Ort)

.....
(Telefon)

.....
(eMail)

widerruflich meinen Erstattungsanspruch für erbrachte Leistungen wie z.B. Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß §§ 45a, 45b SGB XI bzw. nach Krankenhausaufenthalt, Verhinderungs- & Kurzzeitpflege sowie sonstige Leistungen einer Versicherung in Höhe der jeweils in Anspruch genommenen und erbrachten Leistungen ab an:

Optimaler Leben
Schöneicher Straße 49 • 15566 Schöneiche
Tel.: 030 5477 74 45 468 84 12 • info@optimalerleben.de

Einer Abrechnung, auch direkt mit der Kranken-/Pflegekasse oder Versicherung, stimme ich ebenfalls widerruflich zu.

.....
(Pflegekasse)

.....
(Vers.-Nr.):

.....
(Straße, PLZ/Ort)

.....
(eMail)

Übersteigen die abgerechneten Leistungen die Zahlungsverpflichtung der o.g. Pflegekasse, so verpflichte ich mich zur gesamten Bezahlung der jeweiligen Rechnungsbeträge ohne Abzüge.

.....
(Ort / Datum)

.....
Unterschrift

.....
Optimaler Leben
(Geschäftsführung)