

Abtretungserklärung

(für Leistungen nach §§45a, §45b SGB XI)

Hiermit trete ich

.....
(Name, Vorname)

.....
(Geb.Datum)

.....
(Straße, PLZ/Ort)

.....
(Telefon)

.....
(eMail)

widerruflich meinen Erstattungsanspruch für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß §§ 45a, 45b SGB XI in Höhe der jeweils in Anspruch genommenen und erbrachten Leistungen ab an:

Optimaler Leben
Prötzeler Chaussee 1 • 15344 Strausberg
Tel.: 03341 468 84 12 • info@optimalerleben.de

Einer Abrechnung, auch direkt mit der Pflegekasse, 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)