

ABTRETUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE PFLEGEKASSE

Ort : _____ Datum : _____

1. Abtretende Person (Leistungsempfänger/Bevollmächtigter):

Vor- und Nachname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____ Versichertennummer : _____

2. Empfänger der abgetretenen Ansprüche (Pflegekasse / empfangsberechtigte Person):

Name / Bezeichnung : _____

Anschrift : _____

3. Abtretungserklärung:

Hiermit trete ich alle gegen die Pflegekasse bestehenden Ansprüche auf Pflegeleistungen, insbesondere die Pflegegeld- und Sachleistungsansprüche, unbefristet und in vollem Umfang an den oben genannten Empfänger ab. Die Pflegekasse ist angewiesen, alle Zahlungen direkt an den Empfänger der Abtretung zu leisten.

4. Einwilligung und Hinweise:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Pflegekasse sowie der Empfänger der Abtretung die zur Durchsetzung der Ansprüche erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen. Diese Abtretung erfolgt freiwillig und kann nicht widerrufen werden, solange Ansprüche bestehen.

5. Unterschriften:

Abtretende Person

Empfänger der Abtretung

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://schnellmuster.com/abtretungserklärung-pflegekasse-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://schnellmuster.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.