

Abtretungserklärung der Leistung § 45b SGB XI

Versicherungsnehmer:

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegeversicherung:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon, Fax _____

Abtretungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit trete ich meine Ansprüche auf Leistungen nach § 45b Sozialgesetzbuch XI ab an das:

Soziales Dienstleistungszentrum Felsberg
Trägerverein KiFaS e. V.
Untere Birkenallee 19, 34587 Felsberg
Tel.: 05662 – 6271

Die Abtretungserklärung gilt bis auf Widerruf.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift