

## 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