

FORMLOSE ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Abtretender (Name, Vorname): _____

Adresse: _____

Abtretungsempfänger (Name der Krankenkasse): _____

Adresse: _____

§ 1 – Abtretungserklärung

Hiermit tritt der Abtretende sämtliche Ansprüche auf Erstattung von Krankheitskosten, die ihm gegenüber der oben genannten Krankenkasse zustehen, an den Abtretungsempfänger ab. Diese Abtretung erfolgt formfrei und unwiderruflich.

§ 2 – Umfang der Abtretung

Abgetreten werden alle gegenwärtigen und zukünftigen Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis, insbesondere auf Kostenerstattung, Vergütung und sonstige Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 3 – Mitwirkungspflicht

Der Abtretende verpflichtet sich, alle erforderlichen Unterlagen und Informationen bereitzustellen, damit der Abtretungsempfänger die Ansprüche geltend machen kann.

§ 4 – Rechtswirksamkeit

Diese Abtretungserklärung ist rechtsverbindlich und gilt ab dem Datum der Unterzeichnung durch den Abtretenden.

§ 5 – Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Erklärung unwirksam sein, so bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt. Anstelle der unwirksamen Regelung tritt eine Regelung, die dem wirtschaftlichen Zweck am nächsten kommt.

Abtretender

Abtretungsempfänger (Krankenkasse)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://versicherungen-experte.com/formlose-abtretungserklärung-krankenkasse/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://versicherungen-experte.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.