

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich:

Name, Vorname: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Geburtsdatum: _____

meinen gegen meine Krankenkasse bestehenden Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des Präventionskurses (i.S.d. § 20 SGB V) vollumfänglich an den folgenden Zessionar ab:

deinpraeventionskurs.de GmbH

Schanzenstraße 6-20

51063 Köln

info@deinpraeventionskurs.de

Ich bin damit einverstanden, dass der Zessionar oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle, diese Kosten direkt bei der Krankenkasse unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Bereitstellung der Unterlagen, die von der Krankenkasse zur Prüfung der Kostenerstattung angefordert werden, geltend macht.

In diesem Zusammenhang ist der Zessionar von mir bevollmächtigt, in meinem Namen den Zuschuss zu beantragen und die Auszahlung entsprechend an sich selbst zu fordern. Ich bin ferner damit einverstanden, dass sämtliche Kommunikation in Bezug auf den betreffenden Erstattungsanspruch ausschließlich zwischen dem Zessionar und der Krankenkasse stattfindet.

Diese Abtretung dient dem wohl verstandenen Interesse des Versicherten i.S. von § 53 Abs. 2 SGB I, indem sie dem Versicherten die Teilnahme an Präventionskursen erleichtert und den Versicherten von Abrechnungs- und Erstattungsformalitäten entlastet.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherten (Zeitstempel nach ISO 8601 Norm)