[Absender Vorname] [Nachname]

[Straße], [Hausnummer]

[Postleitzahl] [Ort]

[Absender Vorname] [Nachname]

[Straße], [Hausnummer]

[Postleitzahl] [Ort] 15. November 2015

**Abtretungserklärung Kostenerstattung [z.B. Nadelepilation]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit trete ich (Versicherungsnehmer\*in):

Vorname, Nachname: [Vorname], [Nachname]

Straße, Hausnummer: [Straße], [Hausnummer]

PLZ, Ort: [PLZ], [Ort]

Versichertennummer: [Versichertennummer (z.B. auf Krankenkassenkarte)]

Servicezeichen: [Servicezeichen (z.B. auf dem Antwortbrief der Krankenkasse)]

meinen Anspruch auf Kostenerstattung für die Durchführung der beantragten [z.B. Nadelepilation] an:

Vorname, Nachname: [Vorname], [Nachname]

Firma: [Firma]

Straße, Hausnummer: [Straße], [Hausnummer]

PLZ, Ort: [PLZ], [Ort]

IBAN: [falls bekannt (z.B. auf dem Kostenvoranschlag)]

BIC: [falls bekannt (z.B. auf dem Kostenvoranschlag)]

und ermächtige diese somit direkt mit der [Name d. Krankenkasse] die erbrachten Leistungen abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

[Vorname, Nachname]