

[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]