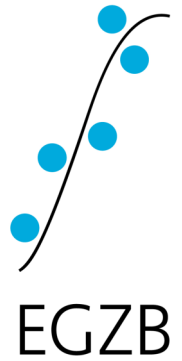


Abtretungserklärung der Leistungen § 45b SGBXI



Versicherungsnehmer

Datum: _____

Vorname, Name _____

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:

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin
Tel. (030) 45 94 - 18 34

Die Abtretungserklärung soll unbefristet gelten.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)