

Abtretungserklärung / Zessionserklärung

Behandlungsstelle: Fr. / Hr. Dr.

Anschrift:

Ich trete Ihnen hiermit die mir laut Gewerblichem Sozialversicherungsgesetz zustehenden Kostenersätze für die von mir bzw. von meinen mitversicherten Angehörigen bei Ihnen in Anspruch genommene ärztliche Hilfe ab.

Diese Zession beginnt ab 01.06.2010, wobei der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe maßgeblich ist, und gilt bis auf Widerruf. Sie erlischt ohne weitere Erklärung zu dem Zeitpunkt, in dem ein Einzelvertrag der SVA mit der oben angeführten Behandlungsstelle beginnt.

Name

VSNR

Adresse

Unterschrift