

DAK ENTLASTUNGSBETRAG FORMULAR

Name des Versicherten : _____

Versichertennummer : _____

1. Angaben zur Person

Geburtsdatum : _____

Adresse : _____

2. Angaben zum Entlastungsbetrag

Beanspruchter Betrag (in EUR) : _____

Zeitraum der Inanspruchnahme : _____

3. Erklärung des Versicherten

Hiermit bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen für den Entlastungsbetrag erfülle und die Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

4. Unterschrift

Ort : _____ Datum : _____

Unterschrift : _____

UNTERSCHRIFT VERSICHERTER

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/dak-entlastungsbetrag-formular/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.