



Vereinbarung

Kunde/Versicherungsnehmer

.....
.....
.....

geb.:

anzuweisende Versicherung

.....
.....
.....

Versicherungsvertragsnummer:

Hiermit weise ich als Versicherungsnehmer meine vorstehend angeführte Versicherung ausdrücklich an, Leistungserbringungen der Apotheke,

zu meinen Gunsten auf deren Rechnung hin direkt an die von Ihr zur Abrechnung der Leistungen beauftragte VSA GmbH, Verrechnungsstelle der Süddeutschen Apotheken GmbH, Tomannweg 6, 81673 München zu bezahlen. Die oben genannte Apotheke ist von mir ausdrücklich ermächtigt, Erstattungsansprüche aus meinem Versicherungsvertrag über den Abrechnungsdienstleister VSA GmbH geltend zu machen.

.....
Datum

.....
Datum

.....
Datum

.....
Unterschrift Versicherungsnehmer

.....
Unterschrift Apotheke

.....
Unterschrift VSA GmbH

.....
Datum, Unterschrift
Bestätigung durch Versicherung