



CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

## ABTRETUNGSVEREINBARUNG PRIVATVERSICHERUNGEN

Ich, der/die Unterzeichnende

AHV-Nr.

geboren am

wohnhaft in

bestätige hiermit, dass ich ganz oder teilweise auf Sozialhilfe angewiesen bin und von den Sozialhilfebehörden (Kanton oder Gemeinde) Vorschusszahlungen auf der Grundlage des Zuständigkeitsgesetzes (ZUG) und des Walliser Gesetzes über die Eingliederung und die Sozialhilfe (GES) oder des Asylgesetzes des Bundes (AsylG) erhalte.

Diese Vorschüsse werden in Erwartung rückwirkender Geldleistungen von folgender Einrichtung geleistet:

Feuerversicherung

Krankenversicherung (VVG)

Lebensversicherung

Hausratversicherung

Andere(s) :

Daher trete ich den Sozialhilfebehörden meinen Anspruch auf die rückwirkenden Geldleistungen, die ich von der betreffenden Einrichtung erhalten werde, ab. Die Abtretung bezieht sich auf die entsprechenden Zeiträume, bis zur Höhe der Beträge, die mir von der Sozialhilfebehörde als Vorschuss gezahlt wurden.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, den Sozialhilfebehörden alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, um ihre Ansprüche geltend zu machen (Versicherungsvertrag, Entscheide der betroffenen Einrichtung(en), ...). Ich entbinde die betroffenen Einrichtungen auch von der Schweigepflicht gegenüber den Sozialhilfebehörden.

Die Sozialhilfebehörde, die mir die Vorschüsse gewährt hat, leitet diese Abtretung unverzüglich an die betreffende Einrichtung weiter, damit sie die Vorschüsse direkt an die Sozialhilfebehörden zahlen kann. Für den Fall, dass die Einrichtung die Auszahlung bereits an mich vorgenommen hat, verpflichte ich mich, den gesamten Betrag, der durch diese Abtretung abgedeckt ist, schnellstmöglich an die Sozialhilfebehörden zu zahlen. Diese Abtretungsvereinbarung ist eine Schuldanerkennung im Sinne von Artikel 82 SchKG.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass die von den Sozialhilfebehörden auf der Grundlage dieser Abtretungsvereinbarung eingezogenen Beträge zur Verrechnung mit den Vorschüssen verwendet werden, die mir oder meinen Angehörigen im entsprechenden Zeitraum gewährt wurden.**

Ort und Datum :

Unterschrift des Sozialhilfeempfängers  
(Zedent) :

Unterschrift und Stempel der Sozialhilfebehörde  
(Zessionar) :

**Information** : \*Die Zahlung ist auf folgendes Konto zugunsten des \_\_\_\_\_ zu leisten :  
IBAN Nr. \_\_\_\_\_ , begleitet von einer Abrechnung bezüglich der geleisteten Zahlung.