

AKTENZAHL: _____

Mondial Assistance International AG
Schadenabteilung
Fax: +43-1/525 03-890

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Ich, _____

wohnhaft in _____

Sozialversicherungs-Nummer: _____

Sozialversicherungs-Anstalt samt Adresse: _____

trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner oben genannten Pflichtkrankenver-
sicherung für den Vorfall vom _____

in _____

der Mondial Assistance International AG, Pottendorfer Straße 25-27, 1120 Wien ab. Das
betrifft auch alle Vergütungen der Pflichtkrankenversicherung, die bereits direkt an mich
ausbezahlt wurden. Diese sind an die Mondial Assistance International AG zu überweisen.

Außerdem bevollmächtige ich hiermit die Sozialversicherung, diverse Auskünfte an die
Mondial Assistance International AG weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in
diesem Fall betreffen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten