

AKTENZAHL: \_\_\_\_\_

Mondial Assistance -  
Schadenabteilung:  
FAX: +43-1/525 03-890

## ABTRETUNG SERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Anstalt samt Adresse: \_\_\_\_\_

trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner oben genannten Pflichtkrankenversicherung für

den Vorfall vom \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

der Mondial Assistance, 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 zu überweisen.

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

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten