

AKTENZAHL: _____

AGA International S.A.
(Niederlassung für Österreich)
Schadenabteilung
FAX: +43-1/525 03-890

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

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/AGA International S.A. (Niederlassung für Österreich), 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/AGA International S.A. (Niederlassung für Österreich), weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in diesem Fall betreffen.

Ort/Datum

Unterschrift des Versicherten