

Schaden Aktenzahl \_\_\_\_\_

## ABTRETUNGSERKLÄRUNG

*Dieser Beleg dient zur Einreichung bei der gesetzlichen Pflichtversicherung.*

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

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

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

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

trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner oben genannten Pflichtkrankenversicherung für den

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

in \_\_\_\_\_

der AWP P&amp;C S.A., Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, ab.

Außerdem bevollmächtige ich hiermit die Sozialversicherung, diverse Auskünfte an die AWP P&C S.A. weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in diesem Fall betreffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ des Versicherten

*Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass uns etwaige Refundierungen auf Ihr Konto durch die Sozialversicherung der AWP P&C S.A. zustehen und auf das unten angeführte Bankkonto weiterzuleiten sind. Bereits durchgeführte Vergütungen in Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Vorfall sind ebenfalls davon betroffen.*

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet übermitteln an:

**AWP P&C S.A. - Leistungsabteilung:**Fax: +43-1/525 03-890 oder per email an: [schaden@allianz-assistance.at](mailto:schaden@allianz-assistance.at)