

Abtretungserklärung

Versicherungsgesellschaft: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Schadennummer: _____

Versicherungsnehmer: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Ich/Wir ermächtige(n) die Versicherung, gegen Vorlage der Rechnung die Zahlung direkt an die: Glas Seibel GmbH & Co KG / Kampstraße 45 / 40591 Düsseldorf, vorzunehmen.

Die Abtretung erfolgt erfüllungshalber. Es ist mir/uns bekannt, dass ich zur vollständigen Zahlung der Rechnung der Firma Glas Seibel GmbH & Co KG verpflichtet bin/sind, falls die Versicherung keine oder nur teilweise Zahlung leistet.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers