

Name / Vorname / Anschrift des Versicherungsnehmers:

Sehr geehrter Kunde,

um ihnen die Abwicklung des Glasschadens mit der Versicherung zu erleichtern,
bitten wir sie diese Abtretungserklärung vollständig auszufüllen und unterzeichnet an uns
zurück zu senden.

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsanschrift: _____

Schadens-Nr. _____

Hiermit trete ich endgültig und unwiderruflich meine Ersatzansprüche gegenüber
der genannten Versicherung, gemäß der beigefügten Rechnung an die Firma
Glaserei Peter u. Michael Wockenfuß GmbH Rellinger Straße 20 , 20257 Hamburg ab.

Ich weise die obige Versicherung an, die Zahlung ausschließlich an die Firma
Glaserei Peter u. Michael Wockenfuß GmbH Rellinger Straße 20 , 20257 Hamburg zu leisten.

Die Abtretung erfolgt nur erfüllungshalber. Es ist mir bekannt, dass ich zur vollständigen Bezahlung
der Rechnungssumme verpflichtet bin, wenn die Versicherung keine oder nur teilweise Zahlung
leistet.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers