



Glaszentrum D&D GmbH · Potsdamer Str. 6 · 30916 Isernhagen

Glaszentrum D&D GmbH
Potsdamer Str. 6 · 30916 Isernhagen
Tel. 0511 / 704022
Fax 0511 / 716765
info@glaszentrum-hannover.com

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Meine Ansprüche gegen
die Versicherung

Name:
(ggf. Niederl.) _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Versicherungsnummer: _____

Hauptversicherungsnehmer: _____

Schadensnummer: _____

Schadenstag: _____

an die Firma Glaszentrum D & D GmbH, Potsdamer Straße 6, 30916 Isernhagen ab.
Sollte die Versicherung die Kosten nicht übernehmen, so verpflichte ich mich den noch
ausstehenden Betrag zu erstatten. Die Verglasung bleibt bis zur vollständigen
Bezahlung Eigentum der Firma Glaszentrum D & D GmbH.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer