



Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Abtretungserklärung**

Ich trete hiermit gemäß § 49 der Versorgungsordnung meine Ansprüche auf Verdienstausfall gegen den Verursacher des Unfalles/ der Gewaltanwendung, der meine Erwerbsminderung herbeigeführt hat, bis zur Höhe der von der Zusatzversorgungskasse der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers infolge des schädigenden Ereignisses zu erbringenden Leistungen an diese ab.

Ich verpflichte mich, die Zusatzversorgungskasse unverzüglich über Art und Umfang von Leistungen aufgrund der bestehenden oder bestandenen Schadensersatzansprüche zu unterrichten.

Mir ist bekannt, dass eine Verfügung über den abgetretenen Anspruch, die zum Erlöschen des Anspruchs der Kasse führt, insbesondere im Fall eines durch mich abgeschlossenen Vergleichs mit einer Gesamterledigung aller Ansprüche gegenüber dem Schädiger, bzw. seinem Versicherten, die Folge hat, dass ich verpflichtet bin, das im Vergleich Erlangte in Höhe des abgetretenen Anspruchs an die Kasse herauszugeben, bzw. in dieser Höhe Schadensersatz an die Kasse zu leisten.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift