

Schuldübernahmeerklärung

Name; Vorname

Straße

PLZ, Ort

(im Folgenden Assistenznehmer*in genannt)

Der*die Assistenznehmer*in verpflichtet sich, den Eigenanteil der Haftpflichtversicherung für den Fall zu übernehmen, dass der*die Assistent*n

Name, Vorname

Anschrift

als Beschäftigte*r der ambulante dienste e.V. in seinem*ihrem Auftrag ein Fahrzeug mietet und die Versicherung in Anspruch genommen werden muss.

Ausgenommen ist der Fall, dass der*die Assistent*in den Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat.

Ort, Datum

Unterschrift