



ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Der Versicherungsnehmer/ Tierbesitzer:

Vorname Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der OP-/ Voll-Schutz-Versicherung für sein Tier mit der

Versicherungsschein-Nummer: _____

und der Schaden-Nummer: _____

gegenüber der Versicherung _____, aufgrund
der tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres

Name des Tieres: _____

Geburtsdatum des Tieres: _____

Rasse: _____

Geschlecht: _____

Farbe: _____

Lebens-/ Tät- oder Chip-Nr.: _____

zustehen, an die nachstehend genannte Tierklinik/ Tierarztpraxis ab:

Name der Tierklinik/ Tierarztpraxis:	Pferdeklinik Wahlstedt Partnerschaftsgesellschaft Tierärzte Haucke / Hebel
Straße, Hausnummer:	Wiesenweg 2 – 8
PLZ, Ort:	23812 Wahlstedt
Telefon:	04554 2227
E-Mail:	info@pferdeklinik-wahlstedt.de

mit der Bankverbindung:

Name, Ort des Geldinstitutes: apoBank Hannover - IBAN, BIC: DE91 3006 0601 0006 5494 15, DAAEDEDXXX

Die vorgenannte Tierklinik/ Tierarztpraxis wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber der o.g. Versicherung sofort anzufordern und im eigenen Namen geltend zu machen.

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/ Tierbesitzers:

Mit seiner Unterschrift willigt der Versicherungsnehmer/ Tierbesitzer ein, dass die genannte Tierklinik/ Tierarztpraxis im zur Abwicklung der tierärztlichen Behandlung sowie zum Ausgleich der Behandlungskosten erforderlichen Umfang – jeweils im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen – Informationen über Deckung und Haftung des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadensfall bei der genannten Versicherung einholt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/ Tierbesitzers

Die genannte Tierklinik/ Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigter der Tierklinik/ Tierarztpraxis