

Auwald Pferdezentrum GbR
D-86517 Wehringen, Waldstraße 31
Tel.: 08234/96410 Fax: 08234/964117

Abtretungserklärung

Der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer:

Nachname, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

tritt hiermit seine Ansprüche an die **Auwald Pferdezentrum GbR**
Waldstr. 31
86517 Wehringen

(Bankverbindung gemäß Rechnung)

ab, die ihm aus der OP-/Voll-Schutz-Versicherung für sein Tier gegenüber der Versicherung, aufgrund der tierärztlichen Behandlung zustehen:

Versicherungsgesellschaft: _____

Versicherungsschein-Nr: _____

Tiername: _____

Diese Abtretung gilt für die:

Rechnungsnummer: _____ oder den Behandlungszeitraum: _____

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass die Versicherungsgesellschaft eine Abrechnung der übernommenen Leistungen an die Auwald Pferdezentrum GbR sendet.

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers:

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

Im Falle des Nichtbestehens des Versicherungsschutzes haftet der Auftraggeber persönlich in vollem Umfang für die entstandenen Kosten. Beiträge, die nicht von der Versicherung ausgeglichen werden, werden dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers

Die genannte Tierklinik nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum

Unterschrift des Tierarztes