

ABTRETUNGSERKLÄRUNG für OP-Versicherungen

(bitte in DRUCKBUCHSTABEN und leserlich ausfüllen)

Der Versicherungsnehmer/ Tierbesitzer:

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

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

Versicherung: _____

Versicherungsschein-Nummer: _____

Schaden-Nummer: _____

aufgrund der tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres:

Tierart: _____ Name des Tieres: _____

Geburtsdatum des Tieres: _____ Rasse: _____

Geschlecht: weibl. männl. Farbe: _____

Chip-Nummer: _____

ab an die

Tierklinik Maischeiderland, **Dr. med. vet. Matthias Rettig**, Beetstr.41, 56276 Großmaischeid,

IBAN DE34 5739 1800 0013 0700 09, Westerwald Bank eG

Die vorgenannte Tierklinik wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber der oben genannten Versicherung sofort und im eigenen Namen geltend zu machen.

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzer:

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 Datenschutzbestimmung – Informationen über Deckung und Haftung des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadensfalles bei der oben genannten Versicherung einholt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers

Die genannte Tierklinik nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigter der Tierklinik