

Abtretungserklärung

Der Versicherungsnehmer:

tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der Operation-/Voll-Schutzversicherung,

Versicherungsschein-Nummer: _____

Schaden-Nummer: _____

gegenüber der Versicherungsgesellschaft _____
aufgrund der tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres:

Tierart: _____ Name des Tieres: _____

Geburtsdatum/Geburtsjahr: _____ Rasse: _____

Geschlecht: _____ Farbe: _____

Lebensnummer: _____

zustehen, an die nachstehend genannte Tierärztliche Praxis für Pferde ab.

Tierärztliche Praxis für Pferde

Dr. Dirk Schellhoff

Ophoffstr. 52

45768 Marl

info@schellhoff.com

02365 – 699 771 Telefon

02365 – 699 772 Fax

National-Bank Essen

IBAN DE52 3602 0030 00006919 76

BIC NBAGDE3E

Die vorgenannte Tierärztliche Praxis wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber der oben genannten Versicherungsgesellschaft sofort anzufordern und im eigenen Namen geltend zu machen. Eventuell entstehende Restbeträge/Selbstbeteiligungen sind durch den Tierbesitzer anschließend auszugleichen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Tierbesitzer

Die vorgenannte Tierärztliche Praxis nimmt die Abtretung an.

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigter Tierärztliche Praxis