

Versicherungenehmer / Tierbesitzer

Name

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Tierarztpraxis
Bogdan Suhastru



ehem. Katja Neuhoff

Der oben genannte Versicherungsnehmer tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der gültigen OP-/Voll-Schutz-Versicherung **ohne Selbstbeteiligung** für sein Tier mit der

Versicherungs-Nr.: _____

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

Tiername: _____

zustehen, an die nachstehend genannte Tierarztpraxis ab:

Tierarztpraxis
Bogdan Suhastru



ehem. Katja Neuhoff

Haldenweg 10
58455 Witten
Tel.: 02302-205626
E-Mail: info@tierarztpraxis-suhastru.de

Bankverbindung gemäß Rechnung.

Diese Abtretung gilt für die **Rechnungs-Nr.:** _____

oder den

Behandlungszeitraum: _____

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers:

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

Im Falles 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 Versicherungsnehmer / Tierbesitzer

Die oben genannte Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

Ort / Datum

Unterschrift Tierarzt / Tierärztin