

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

DIE VERSICHERUNGSNEHMENDE PERSON

Nachname, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

TRITT HIERMIT IHRE ANSPRÜCHE, DIE IHR AUS DEM OP-/ TIERKRANKENSCHUTZ FÜR SEIN TIER:

Tiername

Versicherungsnummer

Name der Krankenversicherung

GEGENÜBER DER TIERARZTPRAXIS AM SANDKAMP UND IHRER TIERÄRZTLICHEN VERRECHNUNGSSTELLE AB.

DIESE ABTRETUNG GILT FÜR DIE:

Rechnungsnummer:

oder den Behandlungszeitraum:

oder bis auf Widerruf

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DER VERSICHERUNGSNEHMENDEN PERSON

Mit ihrer Unterschrift willigt die versicherungsnehmende Person ein, dass die genannte Tierarztpraxis/-klinik 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 eben genannten Versicherungsvertrages im Schadenfall bei der oben genannten Krankenversicherung einholt.

Bite beachten Sie, dass Sie weiterhin zur vollständigen Zahlung der Behandlungskosten verpflichtet sind, falls die oben genannte Krankenversicherung die Kosten nicht oder nur anteilig übernimmt. Etwaige Rückforderungen Ihrerseits gegenüber der oben genannten Krankenversicherung sind von Ihnen eigenständig zu adressieren. Sollten zur Spezifizierung Ihrer Ansprüche weitere Gutachten oder Befunde notwendig werden, können auf diesem Weg zusätzliche Kosten auf Sie zukommen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherungsnehmenden Person