



Abtretungserklärung

Der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer:

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort:

tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der OP-/VOLL-Schutz-
Versicherung für sein Tier mit der
Versicherungsschein-Nummer:

und der Schaden-Nummer:

gegenüber der _____ Versicherungen,
aufgrund der tierärztlichen
Behandlung des Pferdes:
Name des Tieres:

Geburtsdatum des Tieres: _____

Rasse: _____

Geschlecht: _____

Farbe: _____

Leben-/Täto- oder Chip-Nr.: _____

zustehen, an die Pferdepraxis Dr. med. vet. Jürgen Martens ab.

Praxisrechnung:

IBAN: DE08 3006 0601 0004 7166 39

Die vorgenannte Pferdepraxis wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber

der _____ Versicherung

sofort anzufordern und

im eigenen Namen geltend zu machen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmer/Tierbesitzers

Die genannte Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum Unterschrift Bevollmächtigter der Pferdepraxis