PFERDEKLINIK BARGTEHEIDE
Dr. med. vet. Werner Jahn / Dr. med. vet. Volker Sill
Fachtierärzte für Pferde

Alte Landstraße 104
22941 Bargteheide
Tel. 04532/ 28530
Fax 04532/285350
www.pferdeklinik-bargteheide.de
info@pferdeklinik-bargteheide.de

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 Uelzener Versicherungen, aufgrund der
tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres

Tiergattung: ■ Pferd ☐ Hund ☐ Katze

Name des Tieres: _____

Geburtsdatum des Tieres: _____

Rasse: _____

Geschlecht: _____

Farbe: _____

Leben-/Täto- oder Chip-Nr.: _____

zustehen, an die nachstehend genannte Tierklinik/Tierarztpraxis ab:

Name der Tierklinik/Tierarztpraxis:	**Pferdeklinik Bargteheide**
	Dr. Jahn und Dr. Sill
Straße, Hausnummer:	Alte Landstraße 104
PLZ, Ort:	22941 Bargteheide
Telefon:	04532 28530
Telefax:	04532 285350
E-Mail:	info@pferdeklinik-bargteheide.de

mit der Bankverbindung:

Name, Ort des Geldinstitutes:	Haspa Hamburg
Konto-Nr. und BLZ:	Konto-Nr.: 1 354 128 777 BLZ: 200 505 50

Die vorgenannte Tierklinik/Tierarztpraxis wird ermächtigt, die Forderungen gegenüber den Uelzener Versicherungen sofort anzufordern und im eigenen Namen geltend zu machen.

Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers/Tierbesitzers:
Mit seiner Unterschrift willigt der Versicherungsnehmer/Tierbesitzer ein, dass die genannte Tierklinik/Tierarztpraxis im zur Abwicklung der tierärztlichen Behandlung sowie zum Ausgleich der Behandlungskosten erforderlichen Umfang – jeweils im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen – Informationen über Deckung und Haftung des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadensfall bei den Uelzener Versicherungen einholt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmer/Tierbesitzers

Die genannte Tierklinik/Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Bevollmächtigter der Tierklinik/Tierarztpraxis