

## Abtretungserklärung

### Der Versicherungsnehmer/ Tierbesitzer:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, HsNr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### tritt hiermit seine Ansprüche, die ihm aus der OP-/Voll-Schutz-Versicherung für sein Tier mit der:

Versicherungsschein-Nr: \_\_\_\_\_

gegenüber den Uelzener Versicherungen, aufgrund der tierärztlichen Behandlung des folgenden Tieres:

Tiername: \_\_\_\_\_

### zustehen, an die nachstehend genannte Tierklinik/ Tierarztpraxis ab:

Nachname der Tierklinik/ Tierarztpraxis: \_\_\_\_\_

Straße, HsNr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Bankverbindung gemäß Rechnung

### Diese Abtretung gilt für die

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

oder den

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

### 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 bestehen des Versicherungsschutzes des oben genannten Versicherungsvertrages und Schadenfall bei den Uelzener Versicherung einholt.

Im Falle des Nichtbestehens des Versicherungsschutzes haftet der Auftraggeber persönlich in vollem Umfang für die entstandenen Kosten. Beträge, die nicht von der Versicherung ausgeglichen werden, werden dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers/ Tierbesitzers

Die genannte Tierklinik/ Tierarztpraxis nimmt die Abtretung an:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Tierarztes/ der Tierklinik