

**Versicherungenehmer / Tierbesitzer**

Name .....

Straße | Nr. ....

PLZ | Ort .....

Tierarztpraxis  
**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  
**Katja Neuhoff**  
 Dr. med. vet.   
 Haldenweg 10  
 58455 Witten  
 Tel.: 02302-205626  
 E-Mail: info@tierarztpraxis-neuhoff.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