



Dr. med. vet. M. Schwan
Fachtierarzt für Pferde
Zusatzbez. Augenheilkunde Pferd
Dr. med. vet. S. Lutz
Fachtierarzt für Pferde
Wilstedter Weg 99, 22851 Norderstedt

Büro: Mo-Fr 8-12 Uhr und 14-18 Uhr
Tel.: 040-325978-13
Fax: 040-325978-14
info@pferdepraxis-oberalster.de
www.pferdepraxis-oberalster.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 _____ 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 Oberalster PartG ab.

Bitte beachten Sie die verschiedenen Kontonummern für die Praxis- und die Apothekenrechnung.

Praxisrechnung:

Name, Ort des Geldinstitutes: Deutsche Kreditbank Suhl
IBAN: DE 45 1203 0000 1018 849396
BIC: BYLADEM 1001

Apothekenrechnung:

Name, Ort des Geldinstitutes: Deutsche Kreditbank Suhl
IBAN: DE 53 1203 0000 1018849446
BIC: BYLADEM 1001



Dr. med. vet. M. Schwan
Fachtierarzt für Pferde
Zusatzbez. Augenheilkunde Pferd
Dr. med. vet. S. Lutz
Fachtierarzt für Pferde
Wilstedter Weg 99, 22851 Norderstedt

Büro: Mo-Fr 8-12 Uhr und 14-18 Uhr
Tel.: 040-325978-13
Fax: 040-325978-14
info@pferdepraxis-oberalster.de
www.pferdepraxis-oberalster.de

Die vorgenannte Tierarztpraxis 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 Tierarztpraxis