

Abtretungserklärung

Die versicherungsnehmende Person

Nachname, Vorname: _____

Straße & Hausnr.: _____

PLZ & Ort: _____

tritt hiermit ihre Ansprüche, die ihr aus dem OP-/ Tierkrankenschutz für sein Tier:

Tiername: _____

Versicherungsnummer: _____

gegenüber AGILA aufgrund der tierärztlichen Behandlung zustehen, an die nachstehend genannte Tierarztpraxis/ -klinik ab:

Name der Tierarztpraxis/ -klinik: Tierklinik Posthausen eG&R _____

Straße & Hausnr.: Rothlaker Straße 1 _____

PLZ & Ort: 28870 Ottersberg _____

(Bankverbindung gemäß Rechnung)

Diese Abtretung gilt für die

Rechnungsnummer: _____

oder den Behandlungszeitraum: _____

Bitte bedenken Sie,
dass Tierarztpraxen nicht
dazu verpflichtet sind,
direkt mit AGILA abzurechnen.
Klären Sie dies daher
bitte vorher ab.

Einwilligungserklärung der versicherungsnehmenden Person

Mit ihrer Unterschrift willigt die versicherungsnehmende Person ein, dass die genannte Tierarztpraxis/-klinik 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 im Schadenfall bei AGILA einholt.

Bitte beachten Sie, dass Sie weiterhin zur vollständigen Zahlung der Behandlungskosten verpflichtet sind, falls AGILA die Kosten nicht oder nur anteilig übernimmt. Insoweit AGILA die Kosten nicht übernimmt, gelten die erklärungsgegenständlichen Forderungen nicht als abgetreten und sind etwaige Rückforderungen Ihrerseits gegenüber AGILA von Ihnen eigenständig zu adressieren. Sollten zur Spezifizierung Ihrer Ansprüche weitere Gutachten oder Befunde notwendig werden, können auf diesem Weg zusätzliche Kosten auf Sie zukommen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherungsnehmenden Person

Die genannte Tierarztpraxis/-klinik nimmt die Abtretung an:

Ort, Datum

Unterschrift der Tierarztpraxis/-klinik