

Abtretungserklärung

Die versicherungsnehmende Person		
Nachname, Vorname:		
Straße & Hausnr.:		
PLZ & Ort:		-
tritt hiermit ihre Ansprüche, die ihr aus dem OP-/ Tierkrankenso	chutz für sein Tier:	
Tiername:		-
Versicherungsnummer:		-
gegenüber AGILA aufgrund der tierärztlichen Behandlung zuste Tierarztpraxis/ -klinik ab:	ehen, an die nachstehend genannte	
Name der Tierarztpraxis/ -klinik:		-
Straße & Hausnr.:		-
PLZ & Ort:		
(Bankverbindung gemäß Rechnung)		Bitte bedenken Sie, dass Tierarztpraxen nicht
Diese Abtretung gilt für die Rechnungsnummer:	di	dazu verpflichtet sind
		direkt mit AGILA abzurechnen. Klären Sie dies daher
oder den Behandlungszeitraum:	,	bitte vorher ab.
Einwilligungserklärung der versicherungsnehmenden Person		
Mit ihrer Unterschrift willigt die versicherungsnehmende Person ein, der tierärztlichen Behandlung sowie zum Ausgleich der Behandlungsk gesetzlichen Datenschutzbestimmungen – Informationen über Decku genannten Versicherungsvertrages im Schadenfall bei AGILA einholt.	kosten erforderlichen Umfang – jeweils i	m Rahmen der
Bitte beachten Sie, dass Sie weiterhin zur vollständigen Zahlung der E oder nur anteilig übernimmt. Insoweit AGILA die Kosten nicht übernin als abgetreten und sind etwaige Rückforderungen Ihrerseits gegenüb Spezifizierung Ihrer Ansprüche weitere Gutachten oder Befunde notw Sie zukommen.	nmt, gelten die erklärungsgegenständlic er AGILA von Ihnen eigenständig zu adr	hen Forderungen nicht essieren. Sollten zur
Ort, Datum	Unterschrift der versicherungsnehmend	den Person
Die genannte Tierarztpraxis/-klinik nimmt die Abtretung an:		
Ort, Datum	Unterschrift der Tierarztpraxis/-klinik	