
Abtretungserklärung (Direktabrechnung)

Angaben zum Tierhalter (Versicherungsnehmer):

Anrede _____
Nachname _____
Vorname _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobil _____
E-Mail _____

Angaben zum Tier:

Name _____
Transponder-Nr. _____ Lebens-Nr. _____

Angaben zur Versicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft _____
Versicherungsnummer _____

Angaben zur Tierarztpraxis:

Pferdefacharztpraxis Katrin Schmidt
Franz-Liszt-Str. 14, 96472 Rödental
info@pferdefachpraxis-katrin-schmidt.de
Tel. +49 176 47396119
IBAN DE68 7835 0000 0041 3759 40 – Sparkasse Coburg-Lichtenfels

Diese Abtretung gilt für die Rechnungsnummer/ den Behandlungszeitraum:

Einwilligungserklärung der versicherungsnehmenden Person

1. Erteilung der Vollmacht und Beauftragung

Hiermit bevollmächtige und beauftrage ich die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt, mich gegenüber der für den oben genannten Versicherungsfall zuständigen Versicherung im Zusammenhang mit der tierärztlichen Behandlung meines Tieres zu vertreten und die zur Abwicklung des Versicherungs- bzw. Schadensfalls erforderlichen Handlungen in meinem Namen und in meinem Auftrag vorzunehmen und meine vertraglichen Ansprüche auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber der zuständigen Versicherung geltend zu machen.

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Kommunikation mit der Versicherung sowie die Einholung und Entgegennahme der für die Abwicklung des Schadensfalls erforderlichen Auskünfte und Informationen.

2. Einholung von Informationen über den Versicherungsschutz

Ich ermächtige die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt, in meinem Namen und in meinem Auftrag bei der zuständigen Versicherung Informationen über meinen Versicherungsvertrag und den konkreten Versicherungs- bzw. Schadensfall einzuholen. Dies umfasst insbesondere Auskünfte über:

- Das Bestehen des Versicherungsschutzes
- Den Umfang und die Deckung des Versicherungsschutzes
- Die Leistungspflicht der Versicherung im konkreten Schadensfall
- Die Höhe der erstattungsfähigen Behandlungskosten, bestehende Selbstbeteiligungen
- Leistungsausschlüsse und sonstige Einschränkungen
- Erstattungsgrenzen
- Den Bearbeitungs- und Regulierungsstand
- Die Höhe und den Zeitpunkt einer möglichen Versicherungsleistung

3. Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich willige ein, dass die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt die für die Prüfung und Regulierung des Versicherungs- bzw. Schadensfalls erforderlichen Informationen und Unterlagen an die zuständige Versicherung übermittelt.

Dies umfasst insbesondere:

- Personenbezogene Daten
- Daten zum Versicherungsvertrag
- Daten zum Schadensfall
- Behandlungsdaten
- Diagnosen und Befunde
- Behandlungs- und Verlaufsdokumentationen
- Tierärztliche Gutachten
- Rechnungen und Rechnungskopien
- Sonstige für die Prüfung der Erstattungsfähigkeit erforderliche Unterlagen.

Soweit eine Entbindung von der tierärztlichen Schweigepflicht erforderlich ist, entbinde ich die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt hiermit im erforderlichen Umfang von der Schweigepflicht gegenüber der zuständigen Versicherung. Die Datenübermittlung und Auskunftserteilung darf ausschließlich zum Zweck der Abwicklung der tierärztlichen Behandlung, der Prüfung des Versicherungsschutzes, der Schadensregulierung und des Ausgleichs der Behandlungskosten erfolgen.

4. Abtretung der Erstattungsansprüche und Direktzahlung

Hiermit trete ich meine vertraglichen Ansprüche und Forderungen auf Kostenerstattung aus dem oben genannten Versicherungs- bzw. Schadensfall in Höhe der anfallenden und erstattungsfähigen Behandlungskosten an die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt ab. Die Abtretung erfolgt ausschließlich in dem Umfang, in dem gegenüber der Versicherung ein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten besteht. Ich weise die zuständige Versicherung an, die erstattungsfähigen Leistungen unmittelbar an die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt zu zahlen. Die Zahlung der Versicherung an die Pferdefachpraxis Katrin Schmidt erfolgt dabei in Anrechnung auf meine gegenüber der Pferdefachpraxis bestehenden Behandlungskosten.

5. Persönliche Zahlungspflicht des Tierhalters / Versicherungsnehmers

Mir ist bekannt, dass ich gegenüber der Pferdefachpraxis Katrin Schmidt weiterhin persönlich für die vollständigen entstandenen Behandlungskosten hafte. Die Erteilung der Vollmacht, die Abtretung meiner Erstattungsansprüche und die Anweisung zur Direktzahlung führen nicht dazu, dass meine Zahlungspflicht gegenüber der Pferdefachpraxis Katrin Schmidt entfällt. Sollte die Versicherung die Behandlungskosten ganz oder teilweise nicht übernehmen, bleibt meine Verpflichtung zur Zahlung des nicht übernommenen Betrages gegenüber der Pferdefachpraxis Katrin Ronja Schmidt bestehen und werden von mir selbst beglichen.

Dies gilt insbesondere für Beträge aufgrund von:

- Selbstbeteiligungen,
- Leistungsausschlüssen,
- nicht versicherten Leistungen,
- Überschreitungen von Erstattungsgrenzen,
- fehlendem oder eingeschränktem Versicherungsschutz,
- oder sonstigen Kürzungen bzw. Ablehnungen der Versicherungsleistung.

6. Zusätzliche Gutachten und Befunde

Mir ist bekannt, dass zur Prüfung, Spezifizierung oder Durchsetzung meiner Ansprüche gegenüber der Versicherung gegebenenfalls weitere Gutachten, Befunde oder sonstige Unterlagen erforderlich sein können. Hierdurch können zusätzliche Kosten entstehen. Soweit diese Kosten nicht von der Versicherung übernommen werden, sind sie von mir selbst zu tragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Bestimmungen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum, Unterschrift der versicherungsnehmenden Person

Ort, Datum, Unterschrift der Tierarztpraxis/-klinik