

Vollmacht für die _____ Versicherung

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname,Name _____

Straße,Hausnummer _____

PLZ,Ort _____

Schadennummer _____

Vers.Nummer _____

Leistungsstarif _____

den Schadenfall direkt über die Pferdeklinik Bieberstein, Thierstein 5, 93413 Cham Konto IBAN: DE59 7425 1020 0052 3678 28, BIC BYLADEM1CHM, abzurechnen.

Unterschrift Kunde

Desweiteren gestatte ich der Pferdeklinik Bieberstein für diesen Versicherungsfall bei der _____ Versicherung eine Deckungszusage einzuholen.

Datum,Ort _____

Unterschrift Kunde