

Erstattungsformular im Versicherungsfall

Ihre Versicherungsnummer: KV-20 - _____	
Name Ihres Tieres:	
Die Behandlung wurde aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • einer Krankheit/Vorsorge <input type="checkbox"/> • eines Unfalls * <input type="checkbox"/> • eines Jagdunfalls <input type="checkbox"/> • fehlenden Impfschutzes <input type="checkbox"/> durchgeführt.	Ist die Gesundheitsstörung Ihres Tieres durch die Einwirkung von Dritten entstanden? ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, geben Sie bitte eine Erläuterung zu dem Vorfall und die Adressdaten des Verursachers auf einem separaten Beiblatt an.
Zu erstatten an:	
<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer (bitte teilen Sie uns potentielle Änderungen Ihrer Bankdaten mit)	

Rechnungen des behandelnden Tierarztes					
Die Rechnungen des Tierarztes müssen mindestens enthalten:					
<ul style="list-style-type: none"> • Behandeltes Tier (Name, Chipnummer/Tätowierung) • Behandlungsdatum • Diagnose 			<ul style="list-style-type: none"> • Einzelaufstellung der GOT Positionen mit Preis • Einzelaufstellung der verbrauchten Medikamente und Materialien mit Preis • jeweils angewendeter Steuersatz 		
Rechnung	Rechnungsdatum	Rechnungsnummer	Behandlungsgrund	Behandlungsdauerzeit	Betrag inkl. MwSt.
1					
2					
3					
4					
5					

Sie erklären durch Ihre Unterschrift auf diesem Formular alle Fragen nach bestem Wissen, korrekt und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Die Tierärzte, die das betroffene Tier behandelt haben, sind ermächtigt, bei Bedarf alle zur Leistungsbearbeitung erforderlichen Auskünfte an TIERdirekt zu erteilen und von der tierärztlichen Schweigepflicht gegenüber TIERdirekt entbunden.

Ort, Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer:

*liegt vor, wenn das versicherte Tier durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) eine Gesundheitsschädigung erleidet.