

Tierversicherung Erstattungsformular für Kunden



Ihr Name

Ihre Adresse

Versicherungsscheinnummer

Um welche Art Rechnung handelt es sich?

(Bitte wählen Sie nur eine Option)

Krankheit oder Verletzung

Verschreibungspflichtiges Futter

Diebstahl des Haustieres

Datum an dem Sie das erste Mal festgestellt haben,
dass es Ihrem Haustier nicht gut geht

Wenn ja, wann?

Name der Tierarztpraxis

Adresse der Tierarztpraxis

Name Ihres Haustieres

Ihre E-Mail-Adresse

Ihre bevorzugte Telefonnummer

Wie möchten Sie kontaktiert werden?

Email

Telefon

SMS

Haben Sie schon einmal eine Rechnung für
dasselbe Problem eingereicht?

Ja

Nein

N/A

Beschreiben Sie das Problem in wenigen Worten

Telefonnummer des Tierarztes

Gesamtbetrag der Tierarztrechnung *(Falls bekannt)*

Bitte zahlen Sie direkt an meinen Tierarzt

Name des Kontoinhabers

IBAN

Bitte zahlen Sie an mich, da ich den
Tierarzt bereits bezahlt habe

BIC

Ich erteile meinem Tierarzt die Erlaubnis, alle medizinischen Daten meines Haustieres an Smart Paws weiterzuleiten. *(bitte kreuzen Sie dieses Kästchen an, damit Smart Paws Ihren Anspruch bearbeiten kann)*

Ich bestätige, dass alle Informationen in diesem Dokument nach bestem Wissen und Gewissen zutreffen. *(Bitte kreuzen Sie dieses Kästchen an, damit Smart Paws Ihren Anspruch bearbeiten kann)*