

Tierversicherung Tierärztliches Erstattungsformular



Name des Vertreters der Tierarztpraxis

Name der Tierarztpraxis

Adresse der Tierarztpraxis

Name und Adresse des überweisenden Tierarztes
(Falls vorhanden)

E-Mail-Adresse

Name des Tieres

Datum an dem das Tier zuerst in Ihrer Praxis
registriert wurde

Mikrochip-Nummer des Tieres

Name der Krankheit oder Verletzung (Falls nicht diagnostiziert, nennen Sie bitte die klinischen Symptome)

Datum an dem die klinischen Symptome zuerst
aufgefallen sind

Datum des letzten Gesundheitschecks des
Haustieres

War das Haustier schon einmal wegen einer ähnlichen oder damit
zusammenhängenden Krankheit oder Verletzung bei Ihnen?

Ja

Nein

(Falls ja, geben Sie bitte nähere Informationen)

Wird diese Krankheit oder Verletzung das Haustier langfristig beeinträchtigen?

Ja

Nein

Der Kunde hat uns bereits bezahlt

Bitte zahlen Sie direkt an uns

Name des Kontoinhabers

BIC

IBAN

Ich bestätige, dass alle Informationen in diesem Dokument nach bestem Wissen und Gewissen
zutreffen und dass wir die Identität des behandelten Haustieres überprüft haben. Bitte ankreuzen
(Damit Smart Paws Ihren Anspruch bearbeiten kann, muss dieses Kontrollkästchen aktiviert sein)

Ich bestätige, dass die Gebühren für diese Behandlung die Gebühren sind, die normalerweise bei
der von mir durchgeführten Operation erhoben werden. Bitte ankreuzen
(Damit Smart Paws Ihren Anspruch bearbeiten kann, muss dieses Kontrollkästchen aktiviert sein)