

# Formular zur Leistungseinreichung Tierkranken



Um Rückfragen zu vermeiden bitte bei jedem Leistungsfall ausfüllen und zusammen mit der Tierarztrechnung einreichen:

|                            |                                                        |                      |
|----------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Vertragsdaten</b>       | <input type="text"/>                                   | <input type="text"/> |
|                            | Vertragsnummer                                         | Schadennummer        |
| <b>Versicherungsnehmer</b> | <input type="text"/>                                   |                      |
|                            | Name, Vorname                                          |                      |
| <b>Kommunikationsdaten</b> | <input type="text"/>                                   |                      |
|                            | Wie können wir Sie für Rückfragen am besten erreichen? |                      |

|                                           |                                                          |                                  |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Diagnose</b>                           | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>             |
|                                           | Diagnose (bei Lahmheit bitte betroffenes Gelenk angeben) | Ursache (z.B. Unfall, Infektion) |
| <b>Erstvorstellung beim Tierarzt</b>      | <input type="text"/>                                     |                                  |
|                                           | Datum der Erstvorstellung                                |                                  |
| <b>Vorbehandlung bei anderem Tierarzt</b> | <input type="checkbox"/> Ja, bei Tierarzt:               | <input type="checkbox"/> Nein    |
|                                           | <input type="text"/>                                     |                                  |

|                            |                                                                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Leistungsauszahlung</b> | <input type="checkbox"/> Bitte überweisen Sie auf das Beitragskonto<br><input type="checkbox"/> Bitte überweisen Sie an folgende Bankverbindung: |
|                            | <input type="text"/>                                                                                                                             |
|                            | Bitte Name, Vorname und vollständige Adresse angeben                                                                                             |
|                            | <input type="text"/>                                                                                                                             |
|                            | IBAN                                                                                                                                             |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Entbindung von der Schweigepflicht</b> | <p>Ich willige ein, dass die Allianz Versicherungs AG - soweit es für die Leistungsprüfung erforderlich ist - Behandlungsdaten des versicherten Tieres bei Tierärzten und Tierkliniken erhebt und für diese Zwecke verarbeitet. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Stellen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Allianz Versicherungs AG. Soweit erforderlich bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang die Versicherungsdaten durch die Allianz Versicherungs AG an die genannten Stellen weitergegeben werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherungs AG an die genannten Stellen weitergegeben werden.</p> <p>Es steht Ihnen frei, die Einwilligung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit unter der unten angegebenen Adresse zu widerrufen. In diesem Fall werden wir Sie auffordern, die für die Leistungsprüfung erforderlichen Behandlungsunterlagen selbst vorzulegen. Wir weisen darauf hin, dass ohne Verarbeitung der Behandlungsdaten die Leistungsprüfung in der Regel nicht möglich sein wird.</p> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                     |                      |                                  |
|---------------------|----------------------|----------------------------------|
| <b>Unterschrift</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |
|                     | Datum                | Unterschrift Versicherungsnehmer |

Alternativ können Sie uns dieses Formular auch digital per E-Mail ohne Unterschrift zukommen lassen. Bitte achten Sie darauf, dass die E-Mail Ihren vollständigen Namen sowie die Versicherungsscheinnummer enthält und die E-Mailadresse des Absenders mit der Adresse übereinstimmt, die Sie bei uns angegeben haben.