

Schadenmeldung Tierkrankenversicherung / Seite 1/4

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

versicherungswelt24.net
 Inh. Thomas Eurich
 Altenburger Straße 1 • 06116 Halle (Saale)
 Tel.: 0345 / 6868754
 Fax: 0345 / 6868972
 info@versicherungswelt24.net
 https://versicherungswelt24.net

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Persönliche Daten	
Versicherungsnummer: <input type="text"/> Versicherungsunternehmen: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt <input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler
Versicherungsnehmer:	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel.-Nr.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Versichertes Tier:	Name: <input type="text"/> Rasse: <input type="text"/> Schaden-Nummer: <input type="text"/> Chip-/Tätowierungs-Nr.: <input type="text"/> Seit wann besitzen Sie das Tier: <input type="text"/>
Bankverbindung: <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden	<input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung Kontoinhaber: <input type="text"/> IBAN: <input type="text"/> BIC: <input type="text"/>
2. Behandlung/Unfall/Erkrankung	
Behandlungsdatum/-status:	Datum: <input type="text"/> Status: <input type="text"/>
Diagnose bzw. Art der Verletzung:	<input style="width: 100%; height: 80px;" type="text"/>

Schadenmeldung Tierkrankenversicherung / Seite 2/4

Unfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unfalltag / Uhrzeit:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Wo hat sich der Unfall ereignet (Anschrift)?	<input type="text"/>
Welchen Tierarzt haben Sie aufgesucht?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>
Wann wurde die Erstdiagnose gestellt?	Datum: <input type="text"/>
Genauere Schilderung des Unfallhergangs:	<input type="text"/>
War ein Dritter (ggf. ein anderes Tier) an dem Unfall beteiligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Haftpflicht des Dritten (Tierhalters): <input type="text"/>
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen ? Gibt es Zeugen?	Polizeidienststelle: <input type="text"/> Aktenzeichen: <input type="text"/> Ggf. Namen der Zeugen: <input type="text"/>
Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann haben Sie die ersten Symptome der Erkrankung erkannt?	<input type="text"/>
Wann und von wem wurde die Erstdiagnose gestellt?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>
Prognose des weiteren Heilungsverlaufs:	Ausgeheilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschreibung der Symptome:	<input type="text"/>

3. Allgemeine Fragen

Bestand in den letzten Jahren eine **Vorerkrankung**?

ja nein

Wenn **ja**:

Wann haben Sie die ersten Symptome der Erkrankung wahrgenommen?

Wann waren Sie erstmalig bei einem Tierarzt vorstellig?

Datum:

Name:

Anschrift:

Wann und von wem wurde die Erstdiagnose gestellt?

Datum:

Name:

Anschrift:

Beschreibung der Symptome bzw. Diagnose:

Bestand in den letzten Jahren ein **Unfall**?

ja nein

Wenn **ja**:

Wann ereignete sich der Unfall?

Wo ereignete sich der Unfall?

Welchen Tierarzt haben Sie aufgesucht?

Datum:

Name:

Anschrift:

Wann wurde die Erstdiagnose gestellt?

Beschreibung des Unfallhergangs:

War ein Dritter (ggf. ein anderes Tier) an dem Unfall beteiligt?

ja nein

Wenn **ja**:

Name:

Anschrift:

Schadenmeldung Tierkrankenversicherung / Seite 4/4

<p>Wurde das Tier in den letzten Jahren operiert?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Datum: <input type="text"/> Grund der Operation: <input type="text"/></p>
<p>Benennung der Tierärzte, die Sie in den letzten 3 Jahren aufgesucht haben (Name und Anschrift):</p>	<input type="text"/>
<p>4. Sonstiges</p>	
<p>Sonstige Hinweise, Bemerkungen, ggf. gesondertes Blatt benutzen:</p>	<input type="text"/>
<p>_____ Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsnehmer)</p>	<p>_____ Ort, Datum, Unterschrift (Versicherungsmakler)</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 21.07.2021</p>	<p><input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>