

Formular zur Leistungseinreichung Tierkranken



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

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

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

Leistungsauszahlung	<input type="checkbox"/> Der Betrag soll auf das Beitragskonto überwiesen werden. <input type="checkbox"/> Der Betrag soll an den behandelnden Tierarzt (Rechnungssteller) überwiesen werden. <input type="checkbox"/> Der Betrag soll auf ein anderes Konto überwiesen werden:
	<input type="text"/>
	Bitte Name, Vorname und vollständige Adresse des Kontoinhabers angeben
	<input type="text"/>
	IBAN

Entbindung von der Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<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>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>
---	--------------------------	--

Unterschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer

Alternativ können Sie uns dieses Formular auch digital per E-Mail an sachschaden@allianz.de 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.