



# Erstattungsantrag

## Pet Insurance

**Um Ihre Versicherungsansprüche geltend zu machen, muss dieses Dokument vollständig ausgefüllt und unterzeichnet mit den erforderlichen Nachweisen bezüglich dem Unfall oder der Krankheit (z.B. detaillierte Rechnung des Tierarztes, Rezepte sowie Rechnungen der Apotheke, des Labors oder der Tierambulanz) eingereicht werden.**

Bitte befolgen Sie folgende Hinweise, um die Bearbeitung Ihres Antrags zu erleichtern:

- 1) Füllen Sie Seite 2, auf der Ihre Kontaktdaten und die Ihres Vertrags angegeben werden, sorgfältig aus.
- 2) Tragen Sie das Datum ein und unterzeichnen Sie.
- 3) Bitten Sie den Tierarzt die drei Seiten (obligatorisch) bzw. vier (im Todesfall des Haustiers) auszufüllen.
- 4) Senden Sie den ordnungsgemäß ausgefüllten Erstattungsantrag zusammen mit allen Rechnungen und Zahlungsbelegen:
  - per E-Mail an: [Claims-assistance@ip-assistance.com](mailto:Claims-assistance@ip-assistance.com)
  - oder auf dem Postweg an:

**AXA Partners  
Boulevard du Régent, 7,  
1000 Bruxelles,  
Belgique**



## Vertrag und Versicherungsnehmer

Vertragsnummer

Vertragsformel:

 Easy Easy Plus Confort

Name

Vorname

Anschrift

Postleitzahl

Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Kontonummer (IBAN)



## Versichertes Haustier

Hund

Katze

Männlich

Weiblich

Identifikationsnummer (Chip oder Tätowierung)

Name

Geburtsdatum

Im Falle eines Unfalls, beschreiben Sie bitte die näheren Umstände:

**Ich versichere ehrenwörtlich, dass die obigen Angaben korrekt sind.  
Jede falsche Erklärung kann gesetzlich vorgesehene Strafen nach sich ziehen.**

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers



## Dem Tierarzt vorbehaltenem Abschnitt

- Hund  Katze  
 Männlich  Weiblich

Identifikationsnummer (obligatorisch)

Name

Alter

Rasse

Die Behandlung erfolgte aufgrund von:

Unfall

Krankheit

Sterilisierung

Impfung

### Bei Unfall auszufüllen:

Unfalldatum

Art der Verletzungen

Art der Behandlung

### Bei Krankheit auszufüllen:

Datum der Diagnose

Art der Krankheit

Art der Behandlung

Wurde ein chirurgischer Eingriff vorgenommen?

Ja

Nein

Datum	Bezeichnung der Behandlung	Betrag	Ausgegebene Medikamente	Menge	Betrag

**Wichtig:** Nahrung, Schädlingsbekämpfungsmittel, Lotionen und Shampoos sind nicht erstattungsfähig. Tragen Sie diese bitte nicht in diese Tabelle ein.

- Ich habe die Identität des Tiers überprüft und versichere, dass die medizinischen Angaben und erstandenen Kosten korrekt sind.

Stempel des Tierarztes  
(Obligatorisch – Bescheinigung über die Bezahlung von Leistungen)

Vorname, Name des behandelnden Tierarztes  
Datum und Unterschrift



## Sterbeurkunde

Datum des Todes

Tod verursacht durch:  Unfall  Krankheit

Identifikations-Nr. (Chip oder Tätowierung)

Hier gibt der Tierarzt die Umstände an, die zum Tod des versicherten Tiers geführt haben: Anamnese im Todesfall in Folge einer Krankheit, eventuelle Euthanasie usw. Er verpflichtet sich jegliche schlechte Behandlung mitzuteilen, die das versicherte Tier eventuell erlitten hat.

Durch seine Unterschrift versichert der Tierarzt ehrenwörtlich den Tod des versicherten Tieres festgestellt zu haben.

Ich habe die Identität des Tiers überprüft und versichere, dass die obigen Angaben korrekt sind.

Vor-und Nachname des behandelnden Tierarztes  
Datum und Unterschrift