

## Melden Sie uns Ihren Schaden in 2 einfachen Schritten

**Schritt 1:** Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus.

**Schritt 2:** Schicken Sie den Antrag mit allen erforderlichen Unterlagen per E-Mail an [info.at@petcovergroup.com](mailto:info.at@petcovergroup.com). Für eine schnellere Abwicklung empfehlen wir die Zusendung aller Dokumente in elektronischer Form.

### Checkliste

Bevor Sie den Schadensantrag einreichen, überprüfen Sie bitte Folgendes:

Sie haben alle Abschnitte vollständig ausgefüllt.

**Sie haben die Behandlungsnotizen der Tierarztpraxis oder des Therapeuten\*** und die vollständige(n) Einzelrechnung(en) beigelegt.

Wenn dies Ihr erster Schadensantrag ist, der letzte Schadensantrag mehr als ein Jahr zurückliegt oder Sie sich nicht sicher sein sollten:

Vollständige Krankengeschichte Ihres Pferdes von der jetzigen sowie allen vorherigen Tierarztpraxen.

### Wichtige Informationen

\*Behandlungsnotizen sind für unser Bearbeitungsteam von entscheidender Bedeutung, um eine schnelle, effiziente und sachkundige Beurteilung Ihres Antrags zu ermöglichen. Ein Beispiel für einen Behandlungsbericht könnte lauten: "Haustier X benötigte X Behandlungen für X Erkrankungen aufgrund von X Infektion. Die Behandlung wird für X Wochen fortgesetzt. Keine weiteren Beobachtungen zu diesem Zeitpunkt."

**Hinweis:** Wir behalten uns das Recht vor, zusätzliche Informationen oder Originalbelege einzufordern. Wenn dies der Fall ist, werden wir Sie benachrichtigen, nachdem wir den Schadensantrag erhalten haben.

**Tipp:** Sollten Sie keinen Zugang zu einem Scanner haben, können Sie gerne einfach ein Foto mit Ihrer Handykamera aufnehmen oder Ihren Tierarzt bitten, uns die Rechnung(en) und die Belege direkt per E-Mail zu senden. Alle Dokumente müssen in einer lesbaren Auflösung eingereicht werden.

### So wird Ihre Schadensforderung gezahlt

- ▶ Wenn Sie sich entschieden haben, Ihre Prämie per Bankeinzug zu bezahlen, wird Ihre Schadensforderung direkt auf Ihr nominiertes Bankkonto eingezahlt.
- ▶ Wenn Ihre Prämien nicht per Bankeinzug gezahlt werden, geben Sie Ihre Bankdaten bitte im Zahlungsabschnitt auf der umliegenden Seite an. Bitte beachten Sie, dass wir Zahlungen nur an ein Bankkonto des Versicherungsnehmers tätigen können.
- ▶ Wenn Sie möchten, dass die Zahlung direkt an Ihren Tierarzt erfolgt, nominieren Sie dies bitte im Abschnitt „Zahlungsoptionen“. Bitte beachten Sie, dass diese Option nur verfügbar ist, wenn dies im Voraus mit Petcover und der tierärztlichen Praxis vereinbart wurde. Es gelten unsere allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### Kontaktdaten

Wenn Sie Fragen bezüglich Ihres Schadensantrags haben, wenden Sie sich bitte an uns.

E-Mail: [info.at@petcovergroup.com](mailto:info.at@petcovergroup.com)

Tel: 0800 400 720 (Montag bis Freitag von 9:00 bis 17:00 Uhr)

# Schadensantrag Tierarztkosten

Schadensantrag erhalten am (von Petcover auszufüllen):

Bitte füllen Sie den Antrag aus und schicken Sie ihn mit den entsprechenden Unterlagen an [info.at@petcovergroup.com](mailto:info.at@petcovergroup.com)

## Abschnitt 1. Persönliche Angaben

Versicherungsnummer:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Adresse, an der Ihr Pferd gehalten wird:

*Bitte ankreuzen, wenn eine der oben genannten Adressen von denen auf Ihrem Versicherungsschein abweicht.  
Wir werden Ihre Versicherungsunterlagen dementsprechend ändern.*

Name des Pferdes:

Geburtsdatum des Pferdes:

Ist Ihr Pferd auch bei einem anderen Unternehmen versichert?      Ja      Nein

Wenn ja, Name des Versicherungsunternehmens:

War jemand anderes für Ihr Pferd verantwortlich als es verletzt oder krank wurde?      Ja      Nein

Wenn ja, Name der verantwortlichen Person:

## Abschnitt 2. Angaben zur Erkrankung/Verletzung

Ist dieser Schadensanspruch die Fortsetzung eines vorherigen Schadensanspruchs?      Ja      Nein

hängt die Krankheit oder Verletzung mit dieser früheren Schadensgeschichte zusammen?      Ja      Nein

Krankheitszustand	Datum der Behandlung	Datum der ersten klinischen Anzeichen <sup>1</sup>	Gesamtsumme
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

<sup>1</sup>(Einschließlich Daten vorheriger oder ähnlicher Krankheitszustände)

Wofür wurde das Pferd verwendet, als es krank oder verletzt wurde?

### Zahlung

Bitte wählen Sie EINE der folgenden Optionen:

**Überweisung auf Ihr Bankkonto.** Bitte beachten Sie: Wenn Ihre Prämien per Bankeinzug gezahlt werden, zahlen wir Ihre Schadensforderung direkt auf das uns bekannte Bankkonto. Wenn sich Ihre Bankdaten geändert haben, füllen Sie bitte den untenstehenden Abschnitt aus.

**Zahlung an den Tierarzt.** Ich habe mit meinem Tierarzt vereinbart, dass die Schadensforderung direkt an die tierärztliche Praxis gezahlt wird, abzüglich meiner Selbstbeteiligung und aller nicht erstattungsfähigen Beträge. Ich verstehe und stimme zu, dass diese Zahlungsoption nur verfügbar ist, wenn dies im Voraus zwischen allen Parteien (d.h. der Tierarztpraxis, dem Versicherungsnehmer und Petcover) vereinbart wurde und habe diese Option mit meinem Tierarzt besprochen. Weitere Informationen finden Sie in Ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Kontoinhabes:

IBAN:

BIC:

### Einverständniserklärung

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass die in diesem Formular angegebenen Informationen wahrheitsgemäß, genau und vollständig sind. Es wurden keine Informationen zurückgehalten, die die Entscheidung des Schadensanspruchs beeinträchtigen könnten. Ich/Wir verstehe/n, dass eine absichtliche Falschdarstellung des Gesundheitszustands meines/unseres Pferdes oder das Auslassen wesentlicher Tatsachen dazu führen kann, dass der Schadensanspruch abgelehnt und/oder die Versicherung storniert wird. Ich/Wir bestätige/n, dass die mit diesem Schadensanspruch eingereichten Rechnungen vollständig bezahlt wurden, und ich/wir verstehe/n, dass die Schadensbearbeitung gemäß der ausgewählten Versicherung und der gewählten Zusatzleistungen bewertet wird. Ich/Wir ermächtigen jeden Tierarzt, der mein/unser Pferd behandelt hat, der Petcover EU Agentur GmbH alle erforderlichen Angaben zur Bearbeitung dieses Schadensanspruchs bereitzustellen. Bitte beachten Sie, dass durch das Ausfüllen dieses Formulars die Zahlung des Anspruchs nicht garantiert wird.

Bitte hier ankreuzen, um der Einverständniserklärung zuzustimmen. Datum: