

Helvetia Versicherungen  
PetCare  
61377 Friedrichsdorf

**Versicherungsnehmer:**  
Herr und Frau  
Wuff und Miau Tester  
Berliner Str. 56  
60311 Frankfurt am Main

16. September 2013

**Leistungsabrechnung**  
**Versicherungsschein Nr. 040.054.0021690.0**

Sehr geehrte Herr und Frau Tester,

um den Leistungsfall schnell bearbeiten zu können, verwenden Sie bitte dieses Formular.

**Bitte geben Sie unbedingt eine Diagnose an und reichen Sie nur lesbare Rechnungen nach GOT (Gebührenordnung für Tierärzte) ein, da sonst keine Bearbeitung/Erstattung möglich ist.**

Name des Tieres: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Chip-/ Tätowierungsnummer: \_\_\_\_\_

Bei Unfällen: Unfalltag: \_\_\_\_\_ Name des Tierhalters: \_\_\_\_\_

Kurze Hergangsschilderung: \_\_\_\_\_

**Notwendig für die Leistungsabrechnung:**

( ) Es liegt die vom Tierarzt festgestellte Diagnose bei.

( ) Es liegt die berechnete Leistung gelistet nach Gebührenposition und jeweiligem Gebührensatz bei.

**Rechnungen und weitere Unterlagen bitte nicht klammern, heften, aufkleben  
oder mit Haftnotizen versehen. Vielen Dank!**

Sollte sich Ihre Bankverbindung geändert haben, teilen Sie und dies bitte mit. Sie erhalten dann mit separater Post das Formular SEPA-Lastschriftmandat, das Sie uns bitte ausgefüllt und unterschrieben zurückschicken.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift (gilt auch für Rückseite/ Extraseite)