

Bitte zurück an: **0551 701-964267**

Telefax

**spez-schaden@gothaer.de**

E-Mail

**Gothaer Allgemeine Versicherung AG, 50598 Köln**

Adresse (falls per Telefax oder E-Mail nicht möglich)

Versicherungsnummer

Schadenummer (falls bereits vorhanden)

**Versicherungsnehmer**

Name, Vorname

**Versichertes Tier**

Name des Tieres

Rasse

Identitätsnummer (Chip-/Täto-Nr.)

Wurfdatum

**Allgemeine Schadendaten**

Schadendatum/Tag der Feststellung

Tag der Erstbehandlung

**Welche Erkrankung/Verletzung besteht und wie ist es dazu gekommen (Erläuterung mit eigenen Worten)?**

---

---

---

**Genauere medizinische Diagnose:**

---

---

**Name des Haustierarztes**

Name

PLZ/Ort/Straße

Telefon

Telefax

E-Mail

**Weitere Versicherungen****Besteht für den hier eingetretenen Leistungsfall noch eine andere Versicherung?** ja nein

Gesellschaft/Anschrift

Versicherungsnummer

**Konto für Leistungsauszahlung**

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)

Name des Geldinstituts

**Belehrung**

Vorsätzlich unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können zum vollständigen Verlust der Versicherungsleistung führen; grob fahrlässige unwahre, unvollständige oder verspätete Angaben können entsprechend der Schwere des Verschuldens eine Kürzung der Versicherungsleistung – ggf. bis hin zu ihrem vollständigen Verlust – zur Folge haben. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie Ihre Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung dieser Obliegenheiten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung nicht für die Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder ihres Umfangs ursächlich war.

Gleiches gilt auch bei Nichtvorlage angeforderter schaden- oder leistungsrelevanter Unterlagen.

**Erklärung****Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet.****Unterschrift**

Ort, Datum

Versicherungsnehmer

Für die Erteilung von Auskünften, die für die Prüfung der Verpflichtung des Versicherers zum Ersatz der Behandlungskosten im Rahmen der Tierkrankenversicherung erforderlich sind, entbinde ich die konsultierten Tierärzte von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer