

Sevimli Dostum Sigortası Hasar Tedavi Beyannamesi

Hasar Tarihi : _____
İhbar Tarihi : _____

Klinik Bilgileri

Veteriner Klinik Adı : _____
Adres : _____
Telefon/e-posta : _____

Police Sahibi Bilgileri

Sigortalı Adı Soyadı : _____
Telefon/e-posta : _____
Police Numarası : _____

Pet Bilgileri

Çip / Pasaport / Karne Numarası : _____
Pet Cinsi : _____
Irk : _____
Yaş : _____

Yukarıda bilgileri verilmiş hasta sahibinin, yine yukarıda bilgileri verilmiş evcil hayvanı, Allianz Sigorta A.Ş. Sevimli Dostum Sigortası poliçesi kapsamında kliniğimizde tedavi edilmiştir. Yapılan uygulamaların aşağıdaki listedeki gibi olduğunu beyan ederim.

Vaka : _____
Vaka Açıklaması : _____

Vakaya özel yapılan medikal işlemler genel ücret tutarı:

Police Sahibi İmza

Veteriner Hekim/Klinik Kaşe-İmza

Allianz Sigorta A.Ş.

Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No: 1 34750 Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 556 66 66 | Faks: 0216 556 67 77 | Müşteri Hizmetleri: 0850 399 99 99 | www.allianz.com.tr
Ticaret Sicil No: 6022 | MERSİS No: 0-8000-0132-7000012 | Büyük Mükellefler VD. No: 8000013270