



# Zgłoszenie roszczenia

## Opieka nad zwierzęciem (hospitalizacja)

### Właściciel:

Numer polisy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Numer konta: \_\_\_\_\_

### Zwierzę:

Imię zwierzęcia: \_\_\_\_\_

Numer chipa: \_\_\_\_\_

Rasa: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

pies  suka  kot  kotka

### Wypełnia lekarz prowadzący:

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Data hospitalizacji: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Nazwa placówki medycznej: \_\_\_\_\_

Adres placówki medycznej: \_\_\_\_\_

Powód hospitalizacji: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: \_\_\_\_\_

### Dane hodowli/hotelu dla psów/opiekuna, w którym zwierzę zostało umieszczone:

Nazwa: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Rodzaj obiektu (hotel, opiekun): \_\_\_\_\_

Okres przebywania: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Koszt za dzień/koszt całkowity: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku są kompletne i prawdziwe oraz że jestem świadomy konsekwencji podania nieprawdziwych lub niekompletnych informacji. Zgadzam się, aby PetExpert zweryfikował podane informacje z lekarzami i placówkami medycznymi. Udzielam tej zgody w celu obsługi roszczeń ubezpieczeniowych i dlatego zwalням lekarzy i placówki medyczne, z którymi przeprowadzono wywiad, z zachowania poufności.

