

Behandelformulier voor paarden

HBF-011120

Retouradres Keetgracht 1 • 1811 AM Alkmaar • T +31(0)73 6419419 • info@hippohorseinsurance.nl

1. Verzekeringnemer

Relatienummer..... Polisnummer

Naam M/V..... Adres

Postcode / woonplaats E-mail

Telefoon privé Telefoon mobiel

IBAN nummer BIC nummer

2. De ondergetekende dierenarts

Naam

Plaats

Verklaart het hieronder omschreven paard te hebben behandeld, of nog onder behandeling te hebben.

3. Gegevens Paard

Naam Paard Ras

Geslacht Afstamming.....

Geboortedatum Stamboeknr.....

Chipnummer Kleur + aftekeningen.....

4. Consult op: Kliniek Staladres Anders,nl.....

Datum eerste (ziekte)verschijnselen:

Anamnese:

Diagnose:

Ingestelde therapie:

Prognose:

Te Datum.....

Handtekening dierenarts Handtekening verzekeringnemer.....

Adres dierenarts Woonplaats

Telefoonnummer Fax.....

Let op! Opgave van het chipnummer is verplicht.

Bij declaratie dient u de originele stukken in te sturen of in kleur in te scannen en te mailen. De originele stukken worden niet terug gestuurd na verwerking.