

Versicherungen Rosendahl
 Postanschrift: Postfach 2147, 33429 Marienfeld
 Hausanschrift: Klosterstr. 17, 33428 Marienfeld
 Telefon: 0 52 47 – 40 42 30
 Telefax: 0 52 47 – 40 42 329
 E-Mail: info@romavers.de
 Internet: www.romavers.de

Kaninchen-(OP-)Krankenversicherung				
Beitragsübersicht / Leistungsübersicht		Monatsbeitrag OP-Kostenschutz	Monatsbeitrag Basis Paket	Monatsbeitrag Plus Paket
Eintrittsalter	0 Jahre	8,39 €	13,75 €	14,06 €
	1 Jahre	8,81 €	14,43 €	14,76 €
	2 Jahre	9,23 €	15,12 €	15,46 €
	3 Jahre	9,74 €	15,95 €	16,31 €
	4 Jahre	10,24 €	16,77 €	17,15 €
Jährliche Leistungsgrenze		2.000 € p.a.	3.000 € p.a.	4.000 € p.a.
Kostenübernahme für Operationen inkl. Narkose		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alle Rassen versicherbar		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Freie Tierarztwahl		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wartezeit		30 Tage	30 Tage	30 Tage
Operation/Behandlung durch Spezialisten nach Überweisung des Tierarztes		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auslandsschutz		3 Monate	3 Monate	3 Monate
Vermisstenanzeige bis 250€ bei Verschwinden des Tieres		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Abrechnungshöhe nach der Gebührenordnung für Tierärzte		bis zum 4-fachen Satz	bis zum 4-fachen Satz	bis zum 4-fachen Satz
Aufnahme & Pflege in einer Klinik im Anschluss an eine Behandlung / Operation		10 Tage	10 Tage	20 Tage
Ambulante und stationäre Heilbehandlungen		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Notwendige Blut-, Gewebe- (probe), Urin -und Stuhldiagnostik		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Röntgen, Echoskopie und Elektrokardiogramm (E.K.G.)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lasertherapie		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Erkrankungen der Geschlechtsorgane außer Kastration / Sterilisation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostenübernahme für zugelassene Medikamente		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Homöopathie & Akupunktur		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Behandlung von Allergien durch Hyposensibilisierung		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Medikamente bei Verhaltensstörungen		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Behandlung orthomane Tierheilkunde / Chiropraktik		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostenübernahme von Diagnostik und Medikamenten bei Hüft- und Ellenbogenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Versorgung des Haustieres bei Krankenhausaufenthalt des Halters		<input type="checkbox"/>	bis 250 € p.a.	bis 500 € p.a.
Professionelle Gebissreinigung / Wurzelkanalbehandlungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
Spezielle Diagnostik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
Physio- und Verhaltenstherapie durch staatlich anerkannten Therapeuten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
Einsetzen von Herzschrittmachern, Herzklappen, Stents und Coils		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%
Selbstbeteiligung pro Rechnungszusendung		20% je Versicherungsfall	20% je Versicherungsfall	20% je Versicherungsfall
<input checked="" type="checkbox"/> = mitversichert <input type="checkbox"/> = nicht mitversichert				
Diese Kosten werden nicht erstattet:				
<ul style="list-style-type: none"> - Reha, Gelenkprothesen, Transplantationen, Implantate und experimentelle Tierheilkunde - Diätahrung und Ergänzungsfuttermittel, Pflegezubehör und Bedarfsgegenstände - Behandlungen angeborener Fehlentwicklung 		<ul style="list-style-type: none"> - Alle Erkrankungen, die vor Vertragsbeginn existierten - Behandlungen im Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsprozess + Östrus Prävention - Chemotherapie, Radiotherapie / Obduktion des Haustieres Kastration & Sterilisation 		

Bitte einsenden an:

Versicherungen Benjamin Rosendahl
Postanschrift: Postfach 2147, 33429 Marienfeld
Hausanschrift: Klosterstr. 17, 33428 Marienfeld
Telefon: 0 52 47 – 40 42 30
Telefax: 0 52 47 – 40 42 329
E-Mail: info@romavers.de
Internet: www.romavers.de

Deckungsaufgabe für eine Kaninchen-Krankenversicherung bei der Petplan Tiergarant Versicherungsdienst GmbH Karmarschstr. 34, 30159 Hannover

Name des Versicherungsnehmers:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Bankverbindung für die Abbuchungen Kontoinhaber:	
Bank:	
IBAN:	
BIC:	
Versicherungsbeginn:	
Monatsbeitrag:	

Leistungspaket:		
<input type="checkbox"/> OP Kostenschutz	<input type="checkbox"/> Basis Paket	<input type="checkbox"/> Plus Paket

Zusätzliche jährliche Selbstbeteiligung:		
Über die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung je Rechnung hinaus (OP-Schutz/ Plus-Paket 20%, Basis- Paket 30%) können Sie eine zusätzliche jährliche Selbstbeteiligung vereinbaren.		
<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 250 €

Angaben zum Tier			
Tierart:	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	<input checked="" type="checkbox"/> Kaninchen
Bitte geben Sie die Rasse Ihres Tieres an:			
Name des Tieres:			
Geburtsdatum des Tieres: (Hunde älter als 7 Jahre, Katzen älter als 10 Jahre und Kaninchen älter als 4 Jahre können leider nicht versichert werden.)			
Geschlecht des Tieres:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Identifizierungschip: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls ja, die Chipnummer lautet: _____	
Ist das Tier kastriert oder sterilisiert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsfragen		
Ist Ihr Haustier während der letzten 12 Monate für eine Impfung und/oder einen Gesundheitscheck beim Tierarzt gewesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geben Sie an, wie oft Sie in den vergangenen 12 Monaten mit Ihrem Haustier beim Tierarzt waren: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> mehr als 3x	Falls ja: Datum/Zeitraum	Grund/Diagnose
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Wurde von Seiten des Tierarztes über Behandlungen oder Kontrollbesuche gesprochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Datum/Zeitraum	Grund/Diagnose
_____	_____	_____
Wurde Ihr Haustier im vergangenen Monat noch mit Medikamenten behandelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, welche Medikamente: _____ _____ _____ _____	

<p>Bestehen chronische Erkrankungen bei Ihrem Haustier?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Falls ja, welche Erkrankungen:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Ist Ihr Haustier zurzeit vollständig gesund?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Falls nein, welche Erkrankungen:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Haustierarzt: (Name und Anschrift)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Ort, Datum, Unterschrift