

Helsana-Gruppe

Rechnungsformular für PRIMEO Leistungen: Betreuung von Haustieren (1 Rechnung für alle Haustiere)

Formular für die Rückerstattung von Leistungen, sofern keine Quittung/Rechnung vorhanden ist.

Bitte füllen Sie die entsprechenden Felder wahrheitsgetreu aus und senden Sie uns das Formular anschliessend via myHelsana, E-Mail oder Post zu.

Wichtig: Bitte füllen Sie für all Ihre Haustiere zusammen nur 1 Rechnungsformular aus
(bitte nicht für jedes Haustier ein separates Formular ausfüllen).

Angaben der versicherten Person

Vorname, Name

Versicherungs-Nr.

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Angaben der Person/Organisation, welche die Leistung erbringt

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Land

ZSR-Nummer

Bern: Q043997
Betreuung von Haustieren
St. Gallen: Q044097
Betreuung von Haustieren
Zürich: Q043697
Betreuung von Haustieren
Lausanne: Q043797
Garde d'animaux domestiques
Bellinzona: Q043897
Assistenza ad animali domestici

Angaben zur Haustierbetreuung

Datum der Haustierbetreuung:

(Es handelt sich um eine ambulante [eintägige] Leistung,
z. B. 15.03.2024.)

Rechnungsbetrag/Preis:

(Bitte geben Sie den Betrag in CHF an, z. B. CH F80.–.)

Tarifziffer: H03.200.03

Weitere Angaben zum Haustier

Tierart:

(z. B. Hund, Katze etc.)

Sind Sie die Tierhalterin / der Tierhalter?
(Bitte markieren)

Ja ☐

Nein ☐

Lebt die Person, welche die Leistung erbringt, mit Ihnen
im gleichen Haushalt? (Bitte markieren)

Ja ☐

Nein ☐

Angaben zum ambulanten Eingriff

Datum des ambulanten Eingriffs, welcher aus der
Grundversicherung bezahlt wird:

Name der Ärztin, des Arztes, der Klinik oder des Spitals:

Behandlungsgrund/Diagnose:
(Kein Pflichtfeld)

Ihre angegebenen Daten werden in der Verantwortung von der Helsana Zusatzversicherungen AG (Postfach, 8081 Zürich) zum Zweck der Rechnungsprüfung bearbeitet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf helsana.ch/datenschutz.

Die Auszahlung erfolgt durch die Krankenversicherung an die Patientin / den Patienten.

Ich bestätige, das Formular gelesen und korrekt/vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person