

CONTRAT D'ASSURANCES CHIENS ET CHATS - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Documents à joindre absolument à la demande de remboursement :

- Factures détaillées du vétérinaire, des actes effectués, des frais facturés et des médicaments délivrés
- Pour les produits achetés en pharmacie, ordonnance du vétérinaire accompagnée des vignettes correspondantes et de la facture du pharmacien

En cas d'accident :

- Joindre une déclaration relatant les circonstances ainsi que les responsables éventuels de l'accident.

En cas de maladie et s'il s'agit d'une pathologie chronique et/ou récidivante :

- Joindre obligatoirement un certificat médical du vétérinaire traitant habituel précisant la date de 1ère constatation de cette pathologie.

IMPORTANT : TOUTE DEMANDE D'INFORMATION DE REMBOURSEMENT INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU SOUSCRIPTEUR

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR

NUMÉRO DE CONTRAT : _____

NOM ET PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : [] [] [] [] [] VILLE : _____

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE SINISTRE DÉCLARÉ

Nature du sinistre : ACCIDENT MALADIE VACCIN

Sagit-il d'une suite de sinistre déjà indemnisé par nos soins : OUI NON

Si oui, N° du sinistre déjà enregistré : _____

Date : __ / __ / ____ signature : _____

A REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ANIMAL ASSURÉ

CHIEN CHAT

NOM DE L'ANIMAL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

RACE : _____ SEXE : MALE FEMELLE

COULEUR : _____ N° TATOUAGE : _____

Etes-vous le vétérinaire traitant habituel de l'animal ? OUI NON

Si non, préciser les coordonnées du vétérinaire traitant habituel : _____

En cas de MALADIE

En cas d'ACCIDENT

Date de la consultation : __ / __ / ____

Date de la 1ère constatation de la pathologie : _____

_____/_____/_____

Nature exacte de la maladie ou des symptômes : _____

Date de l'accident : __ / __ / ____

Date de la 1ère consultation ayant suivi cet accident : _____

_____/_____/_____

Circonstances exactes de l'accident : _____

Nature des blessures : _____

Je soussigné, Dr _____ certifie que l'animal désigné ci-dessus a été examiné par mes soins et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

CACHET DU VÉTÉRINAIRE : _____

Date : __ / __ / ____

Espace réservé à la gestion

Numéro de sinistre : _____