

**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 1<sup>ère</sup> constatation de cette pathologie.

**IMPORTANT : TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU SOUSCRIPTEUR**
**À REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR**
**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR**

NUMÉRO DE CONTRAT : .....

NOM ET PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE: .....

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE SINISTRE DÉCLARÉ**

 Nature du sinistre :  ACCIDENT  MALADIE  VACCIN

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

Si oui, N° du sinistre déjà enregistré : .....

Date : ...../...../..... Signature:

**À 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

Date de la consultation : ...../...../.....

 Date de la 1<sup>ère</sup> constatation de la pathologie : ...../...../.....

Nature exacte de la maladie ou des symptômes : .....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

 En cas d'ACCIDENT

Date de l'accident : ...../...../.....

 Date de la 1<sup>ère</sup> consultation ayant suivi cet accident : ...../...../.....

Circonstances exactes de l'accident : .....

.....

.....

Nature des blessures : .....

.....

.....

Date : ...../...../.....

 Espace réservé à la gestion  
 Numéro de sinistre :