

# 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 :