

## 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  
 S'agit-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

Date de la consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de la 1ère constatation de la pathologie :  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nature exacte de la maladie ou des symptômes :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### En cas d'ACCIDENT

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 :