

Assurance Chiens Chats Demande de remboursement

Toute déclaration doit être adressée dans les 5 jours suivants l'accident ou la maladie à l'adresse suivante :

GESTION ASSURANCES - BP 30200 - 95210 Saint-Gratien

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 :

NUMERO DE CONTRAT :

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL. :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SINISTRE :

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 :

**NOUS NOUS RESERVONS LE DROIT, PAR L'INTERMÉDIAIRE DE NOTRE VÉTÉRINAIRE CONSEIL, DE CONSULTER VOTRE VÉTÉRINAIRE TRAITANT POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE.
IL DEVRA ÉGALEMENT AVOIR (SAUF OPPOSITION JUSTIFIÉE) LIBRE ACCÈS A L'ANIMAL ACCIDENTÉ OU MALADE.
TOUT REFUS DE VOTRE PART ENTRAÎNERA, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LA PERTE DE TOUT DROIT A INDEMNITÉ.**

Assurance Chiens Chats Feuille de soins

A REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ANIMAL :

CHIEN

CHAT

NOM DE L'ANIMAL :

DATE DE NAISSANCE :

RACE :

SEXE :

MALE

FEMELLE

COULEUR :

N° IDENTIFICATION :

TATOUAGE

PUCE ÉLECTRONIQUE

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

NON

Si non, préciser les coordonnées du vétérinaire traitant habituel :

EN CAS D'ACCIDENT

Date de l'accident :

Date de la 1^{ère} constatation ayant suivi cet accident :

Circonstances exactes de l'accident :

Nature des blessures :

Identité et adresse des éventuels responsables :

EN CAS DE MALADIE

Date de la consultation :

Date de la 1^{ère} constatation de la pathologie :

Nature exacte de la maladie ou des symptômes ou motif de la visite :

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, ainsi que les paiements des actes ou des médicaments.

Je déclare que les honoraires sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et des circonstances particulières conformément à l'article 50 du Code de Déontologie Vétérinaire.

CACHET DU VÉTÉRINAIRE :

Date :