

# ASSURANCE CHIEN CHAT

## VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

### 1. Déclaration du sinistre

---

Les sinistres doivent être déclarés dans les 5 jours suivant l'accident ou la maladie.  
Vous devez adresser les documents justificatifs à l'adresse suivante :

**GESTION ASSURANCES – CS 30200 – 95212 SAINT GRATIEN CEDEX**

### 2. Documents à joindre

---

#### Documents à joindre obligatoirement 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 INCOMPLETE SERA RETOURNEE A L'ADHERENT**

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

## Déclarations de l'adhérent

Nom de l'animal assuré \_\_\_\_\_ N° d'adhésion au contrat \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), adhérent(e) au contrat :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature obligatoire



## Déclarations du vétérinaire

### Hypothèses diagnostiques (ou symptômes majeurs)

Espèce de l'animal examiné  Chien  Chat

N° d'identification de l'animal \_\_\_\_\_

Date de naissance /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Sexe  Mâle  Femelle

Race \_\_\_\_\_

### Motif de la consultation :

- Soins courants suite accident. Si oui, date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/  Soins courants suite maladie (date des premiers symptômes) : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/
- Chirurgie suite accident. Si oui, date : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/  Chirurgie suite maladie (date des premiers symptômes) : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/
- Prévention ou contrôle  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

### Description des actes effectués


Y a-t-il une indication chirurgicale ?  Non  Oui : Nature de l'intervention \_\_\_\_\_

Y a-t-il des manifestations antérieures à cette affection qui auraient déjà fait l'objet de consultations ?  Non  Oui

### Si oui, lesquelles ?

Date de la première consultation pour cette affection : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Référé ?  Non  Oui Si oui, nom du vétérinaire qui vous a référé : \_\_\_\_\_

## Facture(s) concernant l'animal

N° de facture	Date	Montant TTC

Nombre de factures :

***(Joindre obligatoirement les factures originales détaillées)***

TOTAL  € TTC

### Informations nécessaires à la compréhension du dossier :

- J'ai délivré une ordonnance pour des médicaments à délivrer en pharmacie
- J'ai délivré une ordonnance pour des examens complémentaires à effectuer à l'extérieur  
***(copie à joindre obligatoirement)***

Je soussigné(e)

Docteur Vétérinaire, dans le respect du code de déontologie vétérinaire (Articles 50 et R242-38) :

- Certifie avoir examiné l'animal désigné ci-dessus
- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, ainsi que le paiement :
  - ✓ des actes, fixés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur,
  - ✓ ou des médicaments.

Je tiens le dossier médical complet de l'animal traité à disposition du vétérinaire conseil de ASSURONE.

Cachet et signature du vétérinaire

A.....le /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/