

Numéro de contrat:

DÉCLARATION DE SINISTRE - Assurance Animaux de compagnie

PARTIE I | À remplir par le preneur d'assurance

Données du preneur d'assurance

Prénom _____
 Nom _____
 Rue _____
 Code postal _____
 Commune _____
 N° de compte en banque _____
 Tél. _____
 GSM _____
 E-mail _____

Données de l'animal de compagnie

Formule d'assurance _____
 Date de prise d'effet de l'assurance _____
 Nom _____
 Race _____
 N° de puce _____
 Date de naissance _____
 Sexe _____
 Prix d'achat _____

Date des premiers symptômes de la maladie/de l'accident: ____/____/____

Brève description de la maladie/des blessures/de l'état de santé:

Numéro de contrat:



Cochez les documents joints à ce formulaire de sinistre. Au plus de documents vous nous transmettez, au plus vite nous pourrons vous rembourser vos frais.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facture vétérinaire | <input type="checkbox"/> Facture du chenil ou de la pension pour animaux de compagnie |
| <input type="checkbox"/> Procès-verbal de police | <input type="checkbox"/> Preuve d'hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Facture des frais de publicité + copie de la publicité | <input type="checkbox"/> Facture d'achat de l'animal de compagnie |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Je déclare sur l'honneur que la présente déclaration de sinistre correspond aux circonstances réelles et précises des faits, et que je ne dissimule aucune information importante. Je suis conscient que tout caractère frauduleux de la demande d'indemnisation entraîne un refus de couverture et peut entraîner des poursuites auprès des autorités compétentes.

Date: _____ Signature: _____

Numéro de contrat:

PARTIE II | **À remplir par le vétérinaire**

Date de début de traitement de l'animal de compagnie par vos soins? ____/____/____

En cas de transfert: quel cabinet vous a transféré l'animal?

Date	Diagnostique	Traitement	Prix (TVAC)

L'animal de compagnie et pas votre animal de compagnie (ce n'est pas celui du vétérinaire) a-t-il précédemment déjà été traité contre la maladie ou l'affection mentionnée ci-dessus ou contre une maladie ou affection associée:

Oui Non

Si oui : veuillez donner plus d'informations ci-dessous ou joindre vos commentaires à cette déclaration.

S'agit-il d'un traitement de longue durée?

Oui Non

Cette affection est-elle héréditaire ou congénitale?

Oui Non

Votre animal de compagnie est-il décédé des suites de la maladie/des blessures mentionnée(s) ci-dessus?

Oui Non

Numéro de contrat:



Je déclare sur l'honneur avoir dûment rempli le formulaire. À ma connaissance, les affections mentionnées ci-dessus ne s'étaient pas encore manifestées lors de la prise d'effet du contrat d'assurance. J'atteste également que les frais facturés correspondent à mes tarifs usuels.

Date: _____ Signature: _____

Nom et adresse ou cachet du vétérinaire