

Numéro de contrat:

DECLARATION DE SINISTRE - Assurance animaux de compagnie

PARTIE I | À remplir par le preneur d'assurance

Prénom	_____	Formule d'assurance	_____
Nom	_____	Date de prise d'effet de l'assurance	_____
Rue	_____	Nom du chien	_____
Code postal	_____	Race	_____
Commune	_____	N° de puce du chien	_____
N° de compte en banque	_____	Date de naissance du chien	_____
Tel.	_____	Sexe du chien	_____
GSM	_____	Prix d'achat du chien	_____
E-mail	_____		

Date des premiers symptômes de maladie / accident: _____/_____/_____

Brève description de la maladie / blessures / 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 du chien |
| <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 du chien par vos soins? _____/_____/_____

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

Date	Diagnostique	Traitement	Prix (TVAC)

Le chien 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, ci-dessous, plus d'information ou joignez 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

Le chien 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. A 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