



CONTRAT D'ASSURANCE CHIENS ET CHATS

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Pour effectuer une demande de remboursement, remplissez et transmettez-nous ce formulaire accompagné des documents suivants :

- Factures **détaillées et acquittées** du vétérinaire, des actes effectués, des frais facturés et des médicaments délivrés
- Produits achetés en pharmacie : ordonnance du vétérinaire et facture du pharmacien
- Compte rendu des imageries (scanner, radio, échographie)
- En cas d'accident : déclaration relatant les circonstances et les responsables éventuels de l'accident.
- En cas de maladie (pathologie chronique et/ou récidivante) : certificat médical du vétérinaire habituel + date de 1^{ère} constatation de cette pathologie.

IMPORTANT

Lors de votre première demande, veuillez nous adresser **l'historique médical de votre animal délivré par votre vétérinaire**. Il mentionne par date chaque visite et le motif de consultation (nature de la pathologie, accidents, vaccinations...), ainsi que les traitements prescrits. **Il ne s'agit pas du carnet de santé de l'animal.**

CES DOCUMENTS SONT INDISPENSABLES POUR LA PRISE EN COMPTE DE VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.

Vous pouvez nous faire parvenir ces éléments par :

- E-mail : monespaceassure@gestionassurances.com (précisez en objet votre n° de contrat)
- Courrier : GESTION SANTÉ CHIENS CHATS - 65, rue de la Victoire - 75439 Paris Cedex 09

• À REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Renseignements concernant le souscripteur

Numéro de contrat

Nom et Prénom

Adresse

Code postal Ville

Renseignements 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

• À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

Renseignements concernant l'animal assuré

Chien Chat

Nom de l'animal Date de naissance / /

Race Sexe Mâle Femelle

Couleur N°tatouage

Êtes-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 1^{ère} constatation de la pathologie / /

Nature exacte de la maladie ou des symptômes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

Date / / Cachet du vétérinaire

