



Mon Gustave
le comparateur #malin

 **SOŁLY AZAR**
L'ASSURANCE DIFFÉRENCE



Assurance Animaux

Feuille de soins animaux

Comparez les offres

www.mongustave.fr

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
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 1^{ère} constatation de cette pathologie.

IMPORTANT : TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU SOUSCRIPTEUR
À REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR

NUMÉRO DE CONTRAT :

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : [] [] [] [] [] [] VILLE:

RENSEIGNEMENT 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 : MALE FEMELLE

COULEUR : N°TATOUAGE :

 Etes-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.

CACHET DU VÉTÉRINAIRE :

 En cas d'ACCIDENT

Date de l'accident :/...../.....

 Date de la 1^{ère} consultation ayant suivi cet accident :/...../.....

Circonstances exactes de l'accident :

.....

.....

Nature des blessures :

.....

.....

Date :/...../.....

 Espace réservé à la gestion
 Numéro de sinistre :