

A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE

L'ASSURÉ

Numéro de contrat :

Nom et prénom du propriétaire :

Adresse :

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville :

N° de téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] E-mail :

L'ANIMAL

Nom de l'animal :

Espèce : Chien Chat Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Sexe : Femelle Mâle Race :

N° d'identification :

Ce document doit être entièrement et lisiblement rempli pour donner droit à la prise en charge. Il doit être accompagné de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie, comme les ordonnances, la facture du vétérinaire et les factures de pharmacie ou de laboratoire.

En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire.

IMPORTANT : TOUTE FEUILLE DE SOINS INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE A L'ASSURÉ

Je soussignée(e)..... certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.

Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature du propriétaire :

A REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

INFORMATIONS CONCERNANT LA VISITE MÉDICALE

Motif de la consultation : ACCIDENT MALADIE

Visite de suivi : Oui Non Si oui, date de la visite initiale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

En cas de maladie, date d'apparition des premiers symptômes : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

En cas d'accident, date de l'accident : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Êtes-vous le vétérinaire traitant habituel de l'animal ? Oui Non

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

Des manifestations antérieures de cette affection vous sont-elles connues (commémoratifs) ?

Oui Non Lesquelles ? A quelle date ? [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Diagnostic / symptômes majeurs :

.....

.....

FRAIS ENGAGÉS

Date	Numero de facture	Montant TTC en euros
Total TTC en euros		

Nombre de factures jointes :

Informations nécessaires à la compréhension du dossier (facultatif) :

Je soussigné(e) Docteur Vétérinaire, certifié conformément à l'article R 242-38 du Code de déontologie de la profession vétérinaire, l'exactitude des informations que je déclare ci-dessus. Je tiens le dossier médical complet de l'animal traité à disposition du vétérinaire conseil de l'assureur.

Date : | | | | | | | | | |

Signature du vétérinaire :

Cachet du vétérinaire :

COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER DE REMBOURSEMENT ?

Chaque « feuille de soins » ne doit concerner qu'un seul motif de consultation, qu'un seul animal et qu'un seul vétérinaire.

- N'oubliez pas de joindre les justificatifs demandés dans les différentes situations décrites ci-dessous.
- Tout dossier incomplet risque de retarder sa prise en charge.
- Lors de votre première demande de remboursement joindre le permis de détention pour les chiens de catégorie 1 ou 2.

Dans tous les cas :

Vous devez nous déclarer votre sinistre aux coordonnées indiquées à la fin de ce présent document dans les **cinq (5) jours** ouvrés après que vous en ayez eu connaissance en indiquant la date et les circonstances.

L'original de la « feuille de soins » doit nous parvenir au plus tard dans les **soixante (60) jours** qui suivent la date des premiers soins mentionnés sur la présente.

- **Joindre obligatoirement toutes les factures détaillées originales**

En cas de prescription de médicaments achetés chez le pharmacien :

- Joindre la copie de l'ordonnance du vétérinaire prescrivant les médicaments
- Coller les vignettes des médicaments sur la copie de l'ordonnance
- Joindre l'original de la facture de la pharmacie

En cas de prescription d'analyses médicales ou d'exams complémentaires :

- Joindre la copie de l'ordonnance du vétérinaire prescrivant les exams
- Joindre l'original de la facture acquittée du laboratoire

En cas d'accident corporel de l'animal :

Merci de joindre une déclaration sur l'honneur sur papier libre décrivant les circonstances de l'accident, la date, et le cas échéant, l'identité des animaux et/ou des personnes impliqués.

Renvoyez votre dossier complet à : **Centre de Gestion Néoliane, BP 90051 – 31602 MURET Cedex**

Pour toute question sur la constitution de votre dossier de remboursement, nos conseillers sont à votre disposition au numéro de téléphone suivant : **01 40 89 15 85**

OWLIANCE GESTION se réserve le droit, par l'intermédiaire de son vétérinaire conseil, de consulter votre vétérinaire traitant pour tout renseignement complémentaire.

OWLIANCE GESTION se réserve également le droit de faire examiner l'animal par le vétérinaire de son choix. Tout refus de votre part entraînera, sauf cas de force majeure, la perte de tout droit à indemnité. Toute tromperie dans le dossier de remboursement peut entraîner la perte des garanties de l'assurance, voire des poursuites en justice.