

Formulaire de réclamation pour incinération et enterrement

Notes importantes :

Nous paierons pour le coût des traitements reçus durant la période de votre régime, jusqu'au montant maximal prévu par votre garantie.

Note : veuillez inclure les **REÇUS** et les documents pertinents. Conservez des copies pour vos dossiers. Pour plus de renseignements, veuillez consulter votre document Libellé de la police.

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE D'INDEMNITÉ

TÉLÉC. : 1 866 501-5580 ou

COURRIEL : claims@petlineinsurance.com

COURRIER : Compagnie d'assurance Petline
Service des demandes d'indemnité
300-600, rue Empress, Winnipeg (Manitoba) R3G 0R5

1 Renseignements à votre sujet et celui de votre animal (vous pouvez coller une étiquette si vous en avez une)

Numéro de client : _____

Le nom de votre animal : _____

Votre nom : _____

Date de naissance (mm/jj/aa) : _____

Votre adresse : _____
_____ Veuillez cocher si
_____ nouvelle adresse

Sexe : mâle femelle

Espèce : chien chat

Race : _____

Tél. au domicile : _____ Tél. au travail : _____

N. de télécopieur : _____ Courriel : _____



Des questions? Contactez-nous au

1 800 581-0580 ou au info@petlineinsurance.com

2 Déclaration du détenteur de la police

Je comprends que les frais énumérés peuvent ne pas être couverts, ou qu'ils peuvent excéder les avantages de mon régime. Je comprends que je suis financièrement responsable en ce qui a trait au coût total, et je confirme que le coût a été entièrement payé. Je déclare avoir rempli les conditions des documents Résumé d'assurance et Libellé de la police.

Signature du détenteur de la police : _____ mm | jj | aaaa

Liste de vérification

Avez-vous :

- Rempli les sections 1 et 2
- Signé ce formulaire
- Joint les factures détaillées

Votre médecin vétérinaire a-t-il :

- Rempli les sections 3 et 4
- Signé ce formulaire

3 Au sujet de la maladie ou de la blessure (à remplir par votre vétérinaire) :

Nom de la maladie ou de l'accident ayant causé la mort : _____

Date de la mort : mm | jj | aaaa Frais d'incinération ou d'enterrement : _____ \$

Date de l'accident ou de l'apparition des premiers signes cliniques : mm | jj | aaaa

4 Déclaration du médecin vétérinaire (à remplir par votre vétérinaire) :

Je déclare avoir vérifié les informations sur cette réclamation et les déclare exactes au meilleur de ma connaissance.

Nom du médecin vétérinaire (caractères d'imprimerie) : _____

Signature du médecin vétérinaire : _____ mm | jj | aaaa

Timbre de la clinique ou Nom de la clinique