



PETS INSURANCE DECLARATION DE SINISTRE

**Afin de faciliter le traitement
de votre demande de remboursement,
suivez ces quelques conseils.**

1

**Complétez soigneusement
la 2ème page, concernant vos coordonnées
et celles de votre contrat.**

2

Datez et signez

3

**Faites compléter et signer le vétérinaire, l'ambulancier animal
le pharmacien et le laboratoire en pages 3 et 4.**

4

Adressez votre courrier à :

**Gras Savoye Luxembourg
145, rue du Kiem
L-8030 Strassen**





IDENTIFICATION DU PRENEUR d'ASSURANCE

Numéro du contrat : _____

Formule souscrite : Easy Easy Plus Confort

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

IDENTIFICATION DE L'ANIMAL ASSURE

Chien Chat Mâle Femelle

Nom : _____

Race : _____

Couleur : _____

Date de naissance : _____

N° d'identification (puce ou tatouage) : _____

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements ci-dessus. Toute fausse déclaration peut entraîner des sanctions prévues par la loi

Date et signature du preneur d'assurance



PARTIE RESERVEE AU MEDECIN-VETERINAIRE

Chien ou Chat
 Mâle ou Femelle

Nom : _____

Age : _____ Race : _____

N° d'identification : _____

Cachet du médecin-vétérinaire
 (obligatoire - atteste du paiement des prestations)

Les soins sont consécutifs à : accident maladie
 stérilisation vaccin

A compléter s'il s'agit d'un accident :

Date de l'accident : _____

Nature des blessures : _____

Nature des soins : _____

A compléter s'il s'agit d'une maladie :

Date du diagnostic : _____

Nature de la maladie : _____

Nature des soins : _____

Une intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée : oui non

Date	Désignation des soins	Montant	Médicaments délivrés	Quantité	Montant

Important : les aliments, les produits antiparasitaires, les lotions et shampoings ne donnent pas lieu à remboursement. Merci de ne pas les reporter dans ce tableau.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Prénom, nom du médecin-vétérinaire ayant délivré la prestation :

Date et signature



PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN

MEDICAMENTS PRESCRITS PAR LE MEDECIN-VETERINAIRE ET DELIVRES PAR LE PHARMACIEN	
Désignation	Montant

Cachet du pharmacien
(obligatoire – atteste du paiement des médicaments)

Date et signature

Ambulance animalière

Date du règlement : _____ Montant : _____ €
(joindre facture)

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE D'ANALYSES

FRAIS D'ANALYSES DE LABORATOIRE		
DATE	NATURE DES ANALYSES	MONTANT

Cachet du laboratoire
(obligatoire – atteste du paiement au laboratoire)

Date et signature