

## wau-miau Déclaration de maladie/accident N° de sinistre

### Remboursement des frais médicaux – maladie et accident

Chère cliente,  
Cher client,

Afin que nous puissions rapidement et simplement vous dédommager, nous avons besoin de quelques renseignements. Veuillez soigneusement compléter la déclaration de maladie/accident et y joindre, le cas échéant, les documents suivants:

- Quittances avec ordonnances du médecin – originaux, pas de copies
- Factures (médecin, hôpital) mentionnant le diagnostic – originaux, pas de copies
- Certificat/rapport médical

#### Quelques conseils pour l'envoi des factures de votre animal

- Nous vous recommandons de nous faire parvenir toutes les factures seulement après avoir atteint la franchise et/ou que le traitement soit terminé.
- Ou envoyé nous les factures une fois dans l'année.
- La durée de prescription est de 2 ans.

Si vous ne pouvez pas répondre complètement à une question ou si l'un des documents susmentionnés n'est pas disponible, veuillez nous en donner la raison.

#### Assurance animaux/N° de police:

#### Questions concernant le preneur d'assurance

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Rue/N°: \_\_\_\_\_

NPA/Lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone (accessible pendant la journée): \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Compte bancaire (IBAN): \_\_\_\_\_

Code banque (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la banque: \_\_\_\_\_

#### Informations concernant l'animal soigné

Nom: \_\_\_\_\_

chien

chat

mâle

femelle

Race/couleur: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

N° de la puce électronique (si existant): \_\_\_\_\_

#### Questions concernant l'événement

1. Description de la maladie/blessure ou de l'accident (circonstances ou/et événement):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Date de l'accident/de l'apparition des douleurs: \_\_\_\_\_
3. Seulement en cas de maladie: date du premier traitement médical? \_\_\_\_\_
4. En cas d'accident: Est-ce qu'il y a une responsabilité d'un tiers?  oui  non  
Si oui, est-ce que son assurance de responsabilité civile a été informée?  oui  non
5. Nom et adresse du médecin vétérinaire traitant: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Autres vétérinaires ou spécialistes consultés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'EUROPÉENNE est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, le preneur d'assurance commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins vétérinaires, à communiquer à l'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA tous renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat. Je relève les personnes susmentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur d'assurance