

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

MALADIE, ACCIDENT ET SOINS DENTAIRES – GriffeSanté



RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL (VOUS POUVEZ APOSER UNE ÉTIQUETTE)

Nom : _____ Police No. _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 Ville : _____
 Code Postal : _____
 Téléphone (résidence) : (____) ____ - ____ Courriel (résidence) : _____@_____
 Téléphone (travail) : (____) ____ - ____ Courriel (travail) : _____@_____
 Cellulaire : (____) ____ - ____

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ANIMAL

Nom de l'animal : _____ Chat Chien
 Race : _____ Mâle Femelle
 Couleur : _____ Sa date de naissance : ____/____/____
 Numéro d'identification du tatouage : _____

MALADIE, BLESSURE OU TRAITEMENT DENTAIRE (À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE VÉTÉRINAIRE TRAITANT)

Inscrivez ci-dessous la nature de la maladie, des blessures ou du traitement dentaire effectué. Si vous ne pouvez pas confirmer à l'instant, inscrivez les symptômes et/ou le diagnostic probable.

Description de la maladie, de la blessure ou du traitement dentaire	Code de traitement de l'AMVQ	Traitement appliqué	Date que les premiers symptômes sont apparus

Suite à cette maladie ou cette (ces) blessure(s), l'animal est-il mort ou a-t-il été euthanasié ? Oui Non
 Si Oui, inscrivez la date de la mort : ____/____/____

DÉCLARATION DE LA CLINIQUE VÉTÉRINAIRE (À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE VÉTÉRINAIRE TRAITANT)

- Depuis quand cet animal reçoit-il des traitements par vous ? (jr-mois-année) : ____ - ____ - ____
- Est-ce que le programme de vaccination de cet animal est à jour ? Oui Non
 Si Non, à quand remonte la dernière vaccination ? (jr-mois-année) : ____ - ____ - ____
- Est-ce que l'examen général de santé de cet animal a été fait ? Oui Non
 Si Non, à quand remonte le dernier examen général ? (jr-mois-année) : ____ - ____ - ____
- Est-ce que le traitement, le diagnostic, les symptômes ou la médication sont directement ou indirectement associés à :

a) Chez le chat, le PIF, le FIV ou le FeLV	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Chez le chien, le DEMODEX	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Ligaments croisés, dysplasie de la hanche ou luxation de la rotule	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Maladies du système musculo-squelettique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Vaccination, coupe des griffes ou vidange des glandes anales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Chez le chien, la maladie de Carré, Bordetella, hépatite de Rubarth	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g) Chez le chien, leptospirose, parvovirose ou rage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| h) Chez le chat, panleucopénie féline, corysa, calicivirose | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| i) Chez le chat, leucose féline ou rage | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| j) Anomalie constitutionnelle, pathologie congénitale et/ou héréditaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| k) Contrôle et traitement préventif contre les parasites externes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| l) Orthodontie ou enlèvement de dents de lait | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| m) Césarienne, suivi de gestation, mise bas, avortement, insémination artificielle | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| n) Hernie ombilicale ou inguinale | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| o) Taille et correction des oreilles ou de la queue | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| p) Ovariectomie ou castration avant l'âge de 4 ans de l'animal | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| q) Médication relative à un trouble du comportement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

Nom du vétérinaire : _____

Estampe ou nom de la clinique

Signature du vétérinaire : _____

Date : ____/____/____

DÉCLARATION DU DÉTENTEUR DE LA POLICE

Je comprends et j'accepte que les frais demandés puissent ne pas être couverts ou peuvent excéder la garantie de ma police d'assurance. Je comprends que je suis responsable envers mon médecin vétérinaire du paiement complet de tous les traitements et je confirme que ce paiement a été effectué au complet. Je donne la permission à mon vétérinaire traitant d'envoyer le dossier médical de mon animal à Optimum Société d'Assurance inc. et/ou de discuter du traitement et des couvertures avec leur service d'indemnisation. Je déclare que la présente demande d'indemnité est faite en toute bonne foi. Toute déclaration frauduleuse entraîne l'annulation de l'indemnité et de la police.

**Veillez joindre l'original des factures
détaillées du (des) traitement(s)**

Signature du détenteur de police

Date

VOICI COMMENT PROCÉDER POUR DEMANDER UNE INDEMNISATION

ÉTAPE NO. 1 – Assurez-vous d'utiliser le formulaire d'indemnisation approprié au type de réclamation que vous désirez faire. Vous pouvez compléter le document en ligne et l'imprimer ou bien simplement l'imprimer et le compléter à la main. **DANS CE CAS, VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES.**

ÉTAPE NO. 2 – Amenez votre animal chez votre vétérinaire traitant afin qu'il puisse faire un diagnostique et le traiter. N'oubliez pas d'apporter le formulaire avec vous car il devra être complété et signé par votre vétérinaire.

ÉTAPE NO. 3 – Vous devrez payer votre vétérinaire pour le montant total des traitements. Demandez-lui de compléter et signer le formulaire aux endroits prévus à cette fin.

ÉTAPE NO. 4 – Complétez et signez le formulaire aux endroits indiqués.

ÉTAPE NO. 5 – Joignez le formulaire complété et signé avec l'original de toutes vos factures. **GARDEZ DES COPIES POUR VOS DOSSIERS.**

ÉTAPE NO. 6 – Postez le formulaire et vos factures à l'adresse suivante :



**Service des réclamations - Soins animaliers
Optimum Société d'Assurance inc.
425 boul. de Maisonneuve Ouest – bureau 1500
Montréal (Québec) H3A 3G5
Téléphone sans frais 1.800.361.7653**