

Assurance pour animaux de compagnie

Formulaire de demande de remboursement pour client



Votre nom

Votre adresse

Numéro de votre police

Quel est l'objet de votre déclaration

(Veuillez cliquer sur une seule option)

Maladie ou
blessure

Aliments sur
ordonnance

Vol de
votre animal

Date à laquelle vous avez remarqué que votre animal ne se sentait pas bien

Si oui quand?

Nom du cabinet vétérinaire

Adresse du cabinet vétérinaire

Veillez payer directement mon vétérinaire

Nom du titulaire du compte

IBAN

Nom de l'animal

Adresse électronique

Numéro de téléphone

Méthode de contact que vous préférez

Email

Téléphone

SMS

Avez-vous déjà fait une déclaration en rapport avec ce problème par le passé?

Oui

Non

N/A

Décrivez le problème en quelques mots

Numéro de téléphone du vétérinaire

Montant total de la facture du vétérinaire *(Si connu)*

Veillez me payer, j'ai déjà payé le vétérinaire

BIC

J'autorise mon vétérinaire à fournir tout le dossier médical de mon animal à Smart Paws.

(Veuillez cocher cette case afin que Smart Paws puisse traiter votre demande de remboursement)

Je certifie que toutes les informations fournies dans ce document sont exactes. Cochez la case

(Veuillez cocher cette case afin que Smart Paws puisse traiter votre demande de remboursement)