INFORMATIONS UTILES

- Toute déclaration doit être adressée dans les **5 JOURS** suivants l'accident ou la maladie à l'adresse suivante :

✉ **ECA-Assurances**
Santé des Animaux
BP 83
92115 CLICHY Cedex

- Accompagnée des factures originales.
- Accompagnée de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie de votre animal.

ATTENTION :
L'animal doit être identifiable sur chaque facture originale jointe (numéro de tatouage ou de puce électronique pour les chiens, chats et furets).
ECA-Assurances se réserve le droit, par l'intermédiaire de son vétérinaire conseil, de consulter votre vétérinaire traitant pour tout renseignement complémentaire.

- Pour toutes informations complémentaires, nos conseillers restent à votre disposition

@ Par e-mail à **relationsclients@eca-assurances.com**

✆ Par téléphone du Lundi au Jeudi de 9h00 à 12h30 et de 14h00 à 18h00, le Vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00, et le Samedi de 10h00 à 18h00 au numéro téléphone : **0 969 320 418**
Coût d'un appel local depuis un poste fixe

Contrat géré par ECA-Assurances . 92-98 Boulevard Victor Hugo . BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 € . R.C.S.NANTERRE B 402 430 276 . Code APE 6622 Z
Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 . Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr
Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09
RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des Assurances

ASSURANCE SANTÉ DES ANIMAUX
Déclaration de sinistre accident et maladie
Demande de remboursements

- Toute déclaration doit être adressée dans les **5 JOURS** suivants l'accident ou la maladie.

À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE

IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE

N° contrat : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Formule : ☐ Réduite ☐ Confort ☐ Complète ☐ Premium ☐ Premium +

Nom du souscripteur (en capitales d'imprimerie) : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Localité : ..... Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

IDENTIFICATION DE L'ANIMAL

☐ Chien ☐ Chat ☐ Furet Sexe : ☐ Male ☐ Femelle

☐ Lapin ☐ Cochon d'inde ☐ Hamster ☐ Rat

Nom de l'animal : ..... Race : .....

N° de tatouage ou de puce électronique(1) : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

L'animal a t-il été accidenté ? ☐ Oui ☐ Non Date de l'accident : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Circonstances de l'accident : .....

L'animal a t-il été malade ? ☐ Oui ☐ Non Date d'apparition des premiers symptômes : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Motif de consultation : .....

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

Date : ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Signature :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Remplissez le présent formulaire aprés avoir demandé à votre vétérinaire traitant et le cas échéant au pharmacien ou à votre fournisseur de porter au dos les indications demandées.
Pour que nous procédions au réglement de vos remboursements garantis, adressez ce formulaire accompagné de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie de votre animal (justificatifs originaux des factures détaillées...) à ECA-Assurances, Santé des Animaux, BP 83, 92115 CLICHY Cedex.

(1) Pour les chiens, chats et furets.

À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE

☐ Chien ☐ Chat ☐ Furet ☐ Lapin ☐ Cochon d'inde ☐ Hamster ☐ Rat

Nom de l'animal : .....

N° de tatouage ou de puce électronique[1] : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Race : .....

Couleur : .....

Pathologie présentée : .....

Date d'apparition des premiers symptômes (constatés par le vétérinaire) : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date de l'acte : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Relation avec une Pathologie antérieure : ☐ Oui ☐ Non

Nombre de jours d'hospitalisation (si supérieur à 2 jours consécutifs) : |_|_|_|

Informations concernant l'acte ou les actes thérapeutiques (nécessaires à la compréhension du dossier)

.....

.....

.....

DÉTAIL DES FRAIS RÉGLÉS AU VÉTÉRINAIRE

JOINDRE LA FACTURE DÉTAILLÉE EN PRÉCISANT LE NUMÉRO DE FACTURE OU À DÉFAUT, INDIQUER LE DÉTAIL DES FRAIS

Soins effectués :

N° de facture : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Consultation : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Chirurgie : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Anesthésie : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Radiothérapie Echographie* : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Soins divers : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Analyses complémentaires : |_|_|_|_|_|,|_|_| €
- Hospitalisation : |_|_|_|_|_|,|_|_| €

* Remboursement uniquement sur la formule complète

Médicaments fournis par le vétérinaire

N° de facture : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom	Prix unitaire	Quantité	Prix Total
	|_|_|_|,|_|_| €	|_|_|_|	|_|_|_|,|_|_| €
	|_|_|_|,|_|_| €	|_|_|_|	|_|_|_|,|_|_| €
	|_|_|_|,|_|_| €	|_|_|_|	|_|_|_|,|_|_| €
	|_|_|_|,|_|_| €	|_|_|_|	|_|_|_|,|_|_| €

Date du règlement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Total TTC (Soins + Médicaments) **:** |_|_|_|_|_|,|_|_| €

N° ordinal : .....

Je certifie que toutes les informations déclarées ci-dessus sont exactes et que tous les frais mentionnés sont nécessités par l'intervention du vétérinaire pour la maladie ou l'accident indiqué.

Signature et tampon du vétérinaire :

FRAIS RÉGLÉS PAR AILLEURS (joindre les factures détaillées)

Médicaments délivrés sur ordonnance avec tampon du pharmacien (joindre une copie de l'ordonnance).

Nom :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vignettes :

Date du règlement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Total TTC : |_|_|_|_|_|,|_|_| €

Ambulance animalière (Coût limité à 100 € par an avec FACTURE) **:**

Date du règlement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Total TTC : |_|_|_|_|_|,|_|_| €

Autre frais (Joindre les factures détaillées) **:**

Date du règlement : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Total TTC : |_|_|_|_|_|,|_|_| €

(1) Pour les chiens, chats et furets.