

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT ACCIDENT / ACCIDENT ET MALADIE



À remplir par les membres :

VOTRE NUMÉRO DE POLICE : _____

NOM DE VOTRE ANIMAL : _____

VOTRE NOM : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : () _____

COURRIEL : _____

SIGNATURE _____

Avis : Les renseignements recueillis sur le présent formulaire, qui concernent votre animal de compagnie et vous-même, ainsi que les autres informations demandées au titre de la présente demande de règlement sont exigés par Pets Plus Us, division de PTZ Insurance Services Ltd., aux fins d'assurance. Pets Plus Us s'en servira notamment pour évaluer votre demande de règlement et, si celle-ci est approuvée, traiter le versement de vos indemnités. En fournissant votre adresse courriel, vous consentez expressément à ce que nous communiquions avec vous par courriel des informations concernant l'assurance pour animaux de compagnie.

Déclaration : Je déclare que tous les détails fournis dans la présente demande de remboursement sont véridiques et exacts. J'autorise également mon médecin vétérinaire traitant à divulguer, sur demande, les dossiers médicaux de mon animal de compagnie aux représentants d'assurance maladie pour animaux de compagnie de Pets Plus Us, division de PTZ Insurance Services Ltd.

DATE (jj/mm/aaaa) _____

À remplir par le vétérinaire fournissant les soins :

DIAGNOSTIC OU RAISON DE LA VISITE (INDIQUÉE TOUTES PLAINTES MAJEURS SI AUCUNE DIAGNOSTIQUE N'EST PAS DÉTERMINÉ)		DATE À LAQUELLE LE PROBLÈME EST SURVENU POUR LA PREMIÈRE FOIS* (jj/mm/aaaa)	AVEZ-VOUS DÉJÀ EXAMINÉ CET ANIMAL POUR CETTE AFFECTION?	
			OUI	NON
PROBLÈME 1				
PROBLÈME 2				
PROBLÈME 3				

* Comme indiqué par le vétérinaire, le membre ou les antécédents médicaux de l'animal

L'un des problèmes ci-dessus a-t-il donné lieu au décès ou à l'euthanasie de cet animal?

OUI NON

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS À TOUS LES ÉGARDS

NOM DU VÉTÉRINAIRE TRAITANT (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

SIGNATURE

DATE (jj/mm/aaaa)

CACHET DE LA CLINIQUE :

Télécopieur : 1-855-456-7387 – Aucune page couverture n'est requise.

Vous avez des questions? Appelez 1-800-364-8422



LISTE DE CONTRÔLE POUR LE FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

Afin de traiter votre demande de remboursement rapidement, veuillez-vous assurer de ce qui suit :

- Veuillez-vous assurer que le formulaire est complètement rempli et signé par vous, ainsi que le vétérinaire traitant.
- Veuillez inclure toutes les factures et tous les reçus pertinents qui se rapportent à cette demande de remboursement.
- Tout formulaire incomplet, reçu et facture manquante peuvent retarder le remboursement.

CONSEILS POUR LES MEMBRES

- Soumettez un (1) formulaire de demande remboursement pour chaque animal.
- Si vous envoyez ce formulaire et les reçus par la poste, veuillez en conserver une copie pour vos dossiers.
- Veuillez soumettre ce formulaire en temps opportun, puisque toutes les demandes de remboursement doivent nous être envoyées dans les 6 mois qui suivent le traitement pertinent.
- Dans le cadre de cette demande de remboursement, vous êtes responsable de ce qui suit :
 - Tous les frais vétérinaires non couverts, se rapportant à tout trouble médical expressément exclu de votre couverture ou toute condition apparue, avant la date en vigueur de votre couverture.
 - Tous les frais non nécessaires du point de vue médical, par exemple, bains, pension, friandises.
 - La coassurance et la franchise que vous avez présélectionné sélectionnées pour cette couverture.
- Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422 et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

CONSEILS POUR LES VÉTÉRINAIRES

- Veuillez indiquer un diagnostic en cours ou définitif en quelques mots, par exemple, insuffisance rénale, lumpectomie, fracture au tibia gauche.
- Si le problème est inconnu, indiquez tous les signes cliniques ou les plaintes, par exemple, anorexie, vomissements, perte de poids chronique. Veuillez ne pas fournir la liste des tests de diagnostic effectués.
- Veuillez fournir à votre client un reçu ou une facture lisibles et détaillés.
- Si la même facture se rapporte de plusieurs conditions, veuillez énumérer (1, 2, 3) les traitements des conditions correspondantes.

TROIS FAÇONS POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT

1. Télécopieur : 1-855-456-7387 – *Aucune page couverture n'est requise.*
2. Envoyez votre demande de remboursement et tous les reçus pertinents par la poste à : Pets Plus Us
710 Dorval Dr, Suite 400
Oakville, (Ontario) L6K 3V7
3. Email: submissions@petsplusus.com
Envoyez le fichier en format PDF ou JPEG par courriel. Utilisez un seul moyen d'envoi, car les demandes en double retarderont le traitement.

