

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE PENSION, DE CHENIL OU DE CHATTERIE

À REMPLIR PAR LE MEMBRE :

VOTRE NUMÉRO DE POLICE : _____

LE NOM DE VOTRE ANIMAL: _____

VOTRE NOM: _____

Veillez fournir le nom tel qu'il est indiqué dans les documents de la police.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: () _____

ADRESSE COURRIEL: _____

Avis : Les informations recueillies sur ce formulaire à propos de vous et de votre animal de compagnie et autrement en ce qui concerne cette réclamation sont requises par Pets Plus Us, une division de PTZ Insurance Services Ltd., à des fins d'assurance, y compris pour évaluer et, si elles sont approuvées, traiter le paiement de votre demande de remboursement. En fournissant votre adresse courriel, vous consentez 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.

TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE SCIEMMENT UNE RÉCLAMATION FAUSSE OU FRAUDULEUSE POUR LE PAIEMENT D'UNE PERTE OU D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE SCIEMMENT DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PEUT ÊTRE PASSIBLE D'AMENDES OU DE PRISON.

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

SIGNATURE _____

DATE (jj/mm/aa) _____

INFORMATION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ OU L'ADMINISTRATEUR DE L'HÔPITAL

NOM DE L'HÔPITAL : _____ NOM DU PATIENT: _____

ADRESSE DE L'HÔPITAL: _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'HÔPITAL : _____

VILLE, PROVINCE: _____ NUMÉRO DU POSTE : _____

DATE D'ADMISSION DANS L'HÔPITAL (jj/mm/aa): _____ DATE DE SORTIE DE L'HÔPITAL (jj/mm/aa): _____

DATE DU DÉBUT DE LA MALADIE OU DE SURVENUE DE L'ACCIDENT (jj/mm/aa) : _____

RAISON DE L'HOSPITALISATION: _____

JE DÉCLARE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

SIGNATURE: _____

DATE (jj/mm/aa): _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE DE PENSION OU LE FOURNISSEUR DE SOINS POUR ANIMAUX DE COMPAGNIE

DATE DE DÉBUT DES SOINS : _____ À: _____

MONTANT TOTAL DES FRAIS: _____ MONTANT QUOTIDIEN DES FRAIS: _____

NOM DU FOURNISSEUR DE SOINS: _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

Obtenez le remboursement de vos réclamations plus rapidement grâce au dépôt direct et recevez des communications sans papier par courriel. Communiquez avec nous pour obtenir plus de renseignements! Appelez au 1 800 364-8422.

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

- o Veuillez inclure toutes les factures et tous les reçus pertinents qui se rapportent à cette demande de remboursement.
- o **Tout formulaire incomplet, reçu et facture manquante peuvent retarder le remboursement.**

CONSEILS POUR LE MEMBRE

- 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.
 - o Si votre clinique soumet vos réclamations en votre nom, consultez votre courrier électronique pour la confirmation et les mises à jour de statut, ou connectez-vous au portail pour confirmer la soumission de la réclamation.
- Soumettez un (1) formulaire de demande de remboursement pour **chaque animal**.
- Si vous nous envoyez ce formulaire ainsi que les reçus et factures par la poste, veuillez vous assurer d'en garder une copie pour vos dossiers. Les délais de poste locaux varient.
- Nous remboursons les frais de pension ou de soins lorsque vous ou un membre de votre famille immédiate êtes hospitalisé pendant au moins 48 heures en raison d'un accident ou d'une maladie imprévue. La période d'hospitalisation et la période de frais de pension et de soins doivent avoir lieu après la période d'attente applicable et pendant que votre police est en vigueur. Le montant de la couverture est limité à 1000 \$ par incident et à concurrence de 30 \$ par jour.
- Nous ne verserons pas cette prestation dans les cas suivants :
 - o Vous êtes hospitalisé pour tout problème lié à un traitement prévu ou de routine, à une chirurgie élective ou esthétique.
 - o Les frais de pension sont prolongés, car votre animal est placé dans un établissement de pension pendant votre période de rétablissement à la maison ou hors de l'hôpital. fourni.

INFORMATION REQUISE

- Veuillez inclure tous les reçus pour les frais de pension ou de soins payés.
- Veuillez vous assurer que le formulaire de renseignements concernant votre hospitalisation est rempli dans son intégralité.
- Veillez à ce que les documents soumis soient **clairs et lisibles**. Évitez d'écrire par-dessus ou de couvrir les détails des documents.

SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE

1. Soumettez vos réclamations dans votre portail en ligne à **portal.petsplusus.com/fr** pour un traitement rapide et sans papier!
2. Prenez une photo de votre formulaire, des reçus/factures, et des antécédents médicaux/notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) avec votre téléphone ou envoyez-les sous forme de fichier PDF par courriel à **submissions@petsplusus.com**.
3. **Courrier** à: PTZ Insurance Service LTD
710 Dorval Drive, Suite 400
Oakville, Ontario L6K 3V7
Utilisez une seule méthode pour envoyer votre formulaire de demande de remboursement et tous les documents pertinents. Les demandes en double retarderont le traitement.



Pour toute question au sujet de ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422. Nous serons ravis de vous aider!