

Notes importantes :

Nous paierons pour le coût des traitements reçus durant la période de votre régime, jusqu'au montant maximal prévu par votre garantie.

Note : veuillez inclure les **REÇUS** et les documents pertinents. Conservez des copies pour vos dossiers.

Veuillez vous référer aux Modalités, conditions et prestations de la police d'assurance d'assurance afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Veuillez expédier ce formulaire dûment rempli à :

Western Financial, Compagnie d'assurances
Service des demandes d'indemnité
200 - 1200, avenue Portage
Winnipeg, MB R3G 0T5

1 Renseignements à votre sujet et celui de votre animal (vous pouvez coller une étiquette si vous en avez une)

N. de police : _____

Le nom de votre animal : _____

Votre nom : _____

Date de naissance (mm/jj/aa) : _____

Votre adresse : _____

Veuillez cocher si nouvelle adresse

Sexe : mâle femelle

Espèce : chien chat

Race : _____

Tél. au domicile : (____) _____ Tél. au travail : (____) _____

N. de télécopieur : (____) _____ Courriel : _____



Des questions? Contactez-nous au 1.800.581.0580 ou au info@westernfic.com

2 Déclaration du détenteur de la police

Je comprends que les frais listés pourraient ne pas être couverts et peuvent excéder la garantie de ma police. Je comprends que je suis financièrement responsable pour le paiement en entier, et confirme que ce paiement a été effectué au complet. Je déclare avoir rempli les conditions du contrat d'assurance.

Signature du détenteur de la police : _____

mm	jj	aaaa
----	----	------

Liste de vérification

Avez-vous :

- Rempli les sections 1 & 2
- Signé ce formulaire
- Joint les factures détaillées

Votre médecin vétérinaire a-t-il ou elle :

- Rempli les sections 3 & 4
- Signé ce formulaire

3 Au sujet de la maladie ou de la blessure (à remplir par votre vétérinaire) :

Nom de la maladie ou de l'accident ayant causé la mort : _____

Date de la mort :

mm	jj	aaaa
----	----	------

 Frais d'incinération ou d'enterrement : _____ \$

Date de l'accident ou de l'apparition des premiers signes cliniques :

mm	jj	aaaa
----	----	------

4 Déclaration du médecin vétérinaire (à remplir par votre vétérinaire) :

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

Nom du médecin vétérinaire (caractères d'imprimerie) : _____

Signature du médecin vétérinaire : _____

mm	jj	aaaa
----	----	------

Timbre de la clinique ou Nom de la clinique

Usage interne seulement

Numéro du client : _____

Police : _____

Numéro de liste de contrôle : _____

Date de réception : _____