

# Formulaire de Réclamation - Indemnisation en cas de Mort

## Ce que nous paierons :

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 RECUS 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 Portage Avenue  
Winnipeg, MB R3G 0T5

## 1 Vos coordonnées (vous pouvez coller une étiquette si vous en avez une) :

Numéro du client: \_\_\_\_\_

Votre nom: \_\_\_\_\_

Votre adresse: \_\_\_\_\_  Veuillez cocher si  
une nouvelle adresse

N. de tél. primaire: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N. de tél. secondaire: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

N. de télécopieur: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Nom de l'animal: \_\_\_\_\_

Date de naissance (mm/jj/aa): \_\_\_\_\_

Sexe:  mâle  femelle

Espèce:  chien  chat

Race: \_\_\_\_\_



**Questions sur les demandes d'indemnité:**  
1.800.581.0580 ou info@westernfic.com

## 2 Demande d'indemnité pour la mort (à remplir par le détenteur de la police)

Veuillez fournir le reçu pour l'achat de l'animal. Avez-vous acheté votre animal?  oui  non

If yes, please state:

Si OUI, veuillez nous en fournir le prix: \_\_\_\_\_ \$

Date: 

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

L'endroit de l'achat: \_\_\_\_\_

## 3 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 Document d'assurance et les <<Modalités, conditions et prestations de police d'assurance>>.

Signature du  
détenteur de  
la police:

\_\_\_\_\_ mm | jj | aaaa

## Liste de vérification

### Avant d'expédier votre formulaire, assurez-vous:

- D'avoir rempli les sections 1, 2 et 3
- D'avoir signé ce formulaire
- D'avoir joint les factures détaillées

### Que votre vétérinaire a:

- Rempli les sections 4 et 5
- Signé ce formulaire

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

Mort suite à un accident ou une maladie: \_\_\_\_\_

Date d'accident/de

l'apparition des  
premiers signes  
cliniques:

\_\_\_\_\_ mm | jj | aaaa

Date de la mort: \_\_\_\_\_ mm | jj | aaaa

## 5 Declaration of the veterinary practice (to be completed by your veterinarian)

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

The deliberate misrepresentation of the animal's condition or the omission of any material facts may result in the denial of the claim and/or cancellation of the policy.

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:

Nom du régime:

Numéro de liste:

Date de réception: