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 80531
75428 PARIS Cedex 09

- 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 fax au **N° Fax 01 56 02 35 47**

Par téléphone du lundi au jeudi de 9h à 20h, le Vendredi de 9h à 19h et le samedi de 10h à 18h au **N° Tel 0 969 320 418**
Coût d'un appel local depuis un poste fixe

Garanties gérées par ECA-Assurances . 53, rue La Fayette . BP 80531 . 75428 PARIS Cedex 09
SA au capital de 250.000 € . R.C.S.PARIS B 402 430 276 . Code APE 6622 Z . N° ORIAS 07 002 344
RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances.
Garanties souscrites auprès du ou des assureur(s) dénommé(s) aux conditions générales.
Entreprises régies par le code des assurances et soumises au contrôle de l'ACAM . 61, rue Taitbout . 75436 PARIS Cedex 09

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 souscrite : ☐ Réduite ☐ Confort ☐ Complète

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

Prénom : .....

Adresse : .....

Localité : ..... Code postal : |_|_|_|_|_|

IDENTIFICATION DE L'ANIMAL

☐ Chien ☐ Chat Sexe : ☐ Male ☐ Femelle

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 80531, 75428 PARIS Cedex 09.

(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'ordonance).

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.