

## 1 - DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

À COMPLÉTER


 Joindre obligatoirement les factures originales

Nom de l'animal assuré :  N° de contrat :   
 Motif de la consultation :

Date d'apparition des premiers symptômes :  /  /   
 Je soussigné(e), Prénom :  Nom :   
 Demeurant Adresse :   
 Code postal :  Ville :

Certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts.  
 J'autorise les vétérinaires que j'ai consultés ou que je vais consulter, à fournir au service vétérinaire du Groupe Zéphir, tous les renseignements demandés par celui-ci.

Le  /  /

Signature obligatoire 

## 2 - DÉCLARATION DU VÉTÉRINAIRE

 Tous les champs sont obligatoires. Merci

Numéro d'identification de l'animal soigné :

Motif de la consultation / hypothèses diagnostiques / symptômes majeurs (à préciser) :

Prévention (chirurgie de convenance, vaccin, antiparasitaire, ...) :   
 Y a-t-il une indication chirurgicale ?  NON  OUI : nature de l'intervention :

Des manifestations antérieures de cette affection vous sont-elles connues (commémoratifs) ?  
 NON  OUI : Lesquelles ? À quelle date ?

Date de la première consultation pour cette affection :  /  /   
 Référé ?  NON  OUI : Nom du vétérinaire qui vous a référé :

N° de facture	Date	Montant € TTC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de factures   
**(Joindre obligatoirement les factures originales détaillées)**

TOTAL  € TTC

Informations nécessaires à la compréhension du dossier (facultatif) :

J'ai délivré une ordonnance pour des médicaments à délivrer en pharmacie  
 J'ai délivré une ordonnance pour des examens complémentaires à effectuer à l'extérieur } copie à joindre obligatoirement

Je soussigné(e), , Docteur Vétérinaire, certifie conformément à l'article R242-38 du code de déontologie de la profession vétérinaire, l'exactitude des informations que je déclare ci-dessus.

Le  /  /

Cachet du vétérinaire

Pour contacter le service sinistre :

 **01 41 43 87 03**

 **chienchat@protectionjuridique.fr**

Signature du vétérinaire 

 Toute tromperie dans le dossier de remboursement peut entraîner la perte des garanties de l'assurance, voire des poursuites tant pour le propriétaire que pour le vétérinaire.

Les conditions d'utilisation de ce document sont définies dans les Conditions Générales ZCC/CG/0420

POUR UN REMBOURSEMENT PLUS RAPIDE, VEILLEZ À BIEN REMPLIR TOUS LES CHAMPS

Siège social Groupe Zéphir - Rue du Président Wilson - CS 10137 - 44144 CHÂTEAUBRIANT Cedex - SA de courtage d'assurances au capital de 6 000 000 € - RCS B 350 460 754 Nantes - N° ORIAS 07 004 801 - Site web : www.orias.fr  
 Entreprise soumise au contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr - Groupe Zéphir exerce comme courtier en assurances conformément aux dispositions de l'article L 521-2-1) b du Code des assurances.