

# Formulaire de réclamation pour les polices QuickCare

## Pour un traitement plus rapide, veuillez vous assurer :

- d'inclure les factures détaillées relatives à la réclamation
- que votre formulaire est entièrement complété par vous et votre vétérinaire
- d'inclure le dossier médical, s'il n'a pas déjà été envoyé

## Partie 1 – A remplir par le détenteur de la police (lettres moulées)

Police # \_\_\_\_\_

Veuillez vous référer aux modalités et conditions de votre police concernant la date limite d'envoi de votre réclamation.

Détenteur de la police: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

SVP veuillez cocher s'il y a eu un changement d'adresse:

Nom de l'animal: \_\_\_\_\_ Espèce: Chat  Chien   
 Sexe:  Mâle  Femelle Age: \_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_

Au meilleur de ma connaissance ces déclarations sont exactes et je me suis conformé(e) aux modalités et conditions de ma police. Je conçois que toute fausse déclaration ou omission d'élément matériel peut entraîner le rejet cette déclaration.

Signature du détenteur de la police: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aa)

## Partie 2 – A remplir par la clinique vétérinaire SEULEMENT

Veuillez indiquer la ou les catégorie(s) d'accident/maladie présentée(s) par le titulaire:

### QuickCare Première

Première manifestation d'une maladie :  Lacérations:   
 (début de la maladie seulement)  
 Réaction allergique aux piqûres d'insectes :  Intoxication:   
 Ingestion d'un corps étranger:  Fractures:   
 Accident avec véhicule motorisé :  Brûlures:   
 Coût de recuperation:

### QuickCare pour chat d'intérieur

Fractures:  Maladie du système urinaire inférieur :   
 Intoxication:  Cancer (tumeur maligne) :   
 Brûlures:  Diabète Mellitus :   
 Chat parachute:  Maladie infectieuse :   
 Asthme félin :  Ingestion d'un corps étranger:

### QuickCare Plus

Fractures :  Cancer (tumeur maligne):   
 Intoxication :  Maladie infectieuse :   
 Lacération :  Oreilles :   
 Brûlures :  Yeux :   
 Ingestion d'un corps étranger :  Mort accidentelle :   
 Réaction allergique aux piqûres d'insectes :   
 Morsures/Abcès dû aux morsures :   
 Accident avec véhicule motorisé :   
 Appareil digestif :   
 Système nerveux :

### QuickCare Or

Accident :  spécifiez : \_\_\_\_\_  
 Maladie:  spécifiez : \_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

Date de l'accident ou premiers signes cliniques constatés de la maladie: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aa)

Est-ce que l'animal a reçu par le passé des traitements relatifs à l'accident/maladie?  Oui  Non

L'accident a-t-il été mortel?  Oui  Non

Est-ce que l'animal a été vu pour un examen médical au cours des 12 derniers mois et est à jour dans ses vaccins?  Oui  Non

Depuis quand l'animal est suivi à votre clinique?  Moins de 18 mois  Plus de 18 mois

Je confirme, au meilleur de ma connaissance, que ces déclarations sont vraies à tous égards.

Signature du vétérinaire traitant: \_\_\_\_\_ D.M.V. Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aa)

Nom du vétérinaire: \_\_\_\_\_

Veillez envoyer ce formulaire dûment complété à:  
PetCare Insurance Brokers Ltd.  
710 Dorval Drive, Suite 400  
Oakville, Ontario L6K 3V7  
Sans frais: 1-866-275-7387 Fax: 1-866-368-7387  
[www.petcareinsurance.com](http://www.petcareinsurance.com)

Timbre de la clinique