Jim & Joe
remboursent vos frais véto

- Une feuille de soins complétée et signée
- Tous justificatifs de frais *(factures : vétérinaire, pharmacie, laboratoire...)*
- Copie de l'ordonnance

= **DOSSIER COMPLET**

À remplir par le PROPRIÉTAIRE

LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

L'ANIMAL ASSURÉ

☐ ☐

Race : .....

Nom de l'animal : .....

Âge : ..... **Poids :** .....

N° d'identification : .....

AFFECTATION AU FORFAIT VACCINATION

☐ **Je souhaite que ces frais soient affectés à mon Forfait Vaccination.**

(Voir les dispositions particulières de votre contrat).

MONTANT (TTC) : .....

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Pour ouvrir vos droits à une prise en charge, ce document doit être entièrement rempli, signé et accompagné de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie, comme les ordonnances, la facture du vétérinaire et les factures de pharmacie ou de laboratoire.
Retournez-les à : Jim & Joe - TSA 21700 - 69303 LYON Cedex 07.
En cas de décès de l'animal, veuillez joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire ainsi qu'une déclaration de décès que vous trouverez en téléchargement sur *www.jimetjoe.com*.

☐ **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.**
Une fausse déclaration tombe sous le coup des articles L-313-1, L441-1, L441-7 du code pénal.

Date : ..... **Signature :** .....

À remplir par le VÉTÉRINAIRE

INFORMATIONS CONCERNANT LA VISITE MÉDICALE

Motif de consultation : ☐ Accident ☐ Maladie ☐ Prévention (Visite vaccinale)

Est considéré comme un accident toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'animal et non intentionnelle de la part de l'assuré ou de la personne ayant la garde de l'animal.

Type de consultation : ☐ Normale ☐ Référée ☐ Urgence

Visite de suivi : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de la visite initiale : .....

En cas de maladie, date des premiers symptômes : .....

SYMPTÔMES

.....

.....

RÉSULTATS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

DIAGNOSTIC OU HYPOTHÈSES DIGNOSTIQUES

.....

.....

CACHET DU VÉTÉRINAIRE

MONTANT TOTAL (TTC) : .....

☐ **J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.**

Nom et prénom : .....

Date : ..... Signature : .....