

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR ANNULATION DES FRAIS DE VOYAGE SI VOTRE ANIMAL A UNE URGENCE MÉDICALE

## À REMPLIR PAR LE MEMBRE :

VOTRE NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_

LE NOM DE VOTRE ANIMAL: \_\_\_\_\_

VOTRE NOM: \_\_\_\_\_

*Veillez fournir le nom tel qu'il est indiqué dans les documents de la police.*

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: (    ) \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL: \_\_\_\_\_

**Avis :** Les informations recueillies sur ce formulaire à propos de vous et de votre animal de compagnie et autrement en ce qui concerne cette réclamation sont requises par Pets Plus Us, une division de PTZ Insurance Services Ltd., à des fins d'assurance, y compris pour évaluer et, si elles sont approuvées, traiter le paiement de votre demande de remboursement. En fournissant votre adresse courriel, vous consentez à ce que nous communiquions avec vous par courriel des informations concernant l'assurance pour animaux de compagnie.

**Déclaration :** Je déclare que tous les détails fournis dans la présente demande de remboursement sont véridiques et exacts. J'autorise également mon médecin vétérinaire traitant à divulguer, sur demande, les dossiers médicaux de mon animal de compagnie aux représentants d'assurance maladie pour animaux de compagnie de Pets Plus Us, division de PTZ Insurance Services Ltd.

**TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE SCIEMMENT UNE RÉCLAMATION FAUSSE OU FRAUDULEUSE POUR LE PAIEMENT D'UNE PERTE OU D'UNE PRESTATION OU QUI PRÉSENTE SCIEMMENT DE FAUX RENSEIGNEMENTS DANS UNE DEMANDE D'ASSURANCE EST COUPABLE D'UN CRIME ET PEUT ÊTRE PASSIBLE D'AMENDES OU DE PRISON.**

JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, VRAIS À TOUS LES ÉGARDS.

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE ANNULÉ OU RACCOURCI

DATE DE RÉSERVATION DU VOYAGE (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_ DATE DE DÉPART PRÉVUE (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

DATE DE RETOUR PRÉVUE (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ DATE DE RETOUR (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

DATE D'ANNULATION/DE  
MODIFICATION DU VOYAGE: (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_ COÛT TOTAL DU VOYAGE : \_\_\_\_\_

PARTIE NON REMBOURSABLE DU COÛT DU  
VOYAGE : \_\_\_\_\_ DATE DE SORTIE DE L'HÔPITAL (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

RAISON DE L'ANNULATION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LES TRAITEMENTS D'URGENCE SALVATEURS

Pour quel problème de santé cet animal a-t-il été traité? Si aucun diagnostic n'a été établi, veuillez indiquer les principaux signes ou symptômes :

Date à laquelle vous avez remarqué le problème de santé pour la première fois :

Problème de santé 1

Problème de santé 2

**Obtenez le remboursement de vos réclamations plus rapidement grâce au dépôt direct et recevez des communications sans papier par courriel. Communiquez avec nous pour obtenir plus de renseignements! Appelez au 1 800 364-8422.**

# Afin de traiter votre demande de remboursement rapidement, veuillez-vous assurer de ce qui suit:

- o Veuillez inclure toutes les factures et tous les reçus pertinents qui se rapportent à cette demande de remboursement.
- o Dossiers médicaux connexes et notes d'examen détaillées.
- o **Tout formulaire incomplet, reçu et facture manquante peuvent retarder le remboursement.**

## CONSEILS POUR LE MEMBRE

- Veuillez soumettre ce formulaire en temps opportun, puisque toutes les demandes de remboursement doivent nous être envoyées dans les 6 mois qui suivent le traitement pertinent.
- Soumettez un (1) formulaire de demande de remboursement pour chaque animal.
- Si vous nous envoyez ce formulaire ainsi que les reçus et factures par la poste, veuillez vous assurer d'en garder une copie pour vos dossiers. Les délais de poste locaux varient.
- Nous remboursons les frais de voyage et d'hébergement non remboursables lorsque votre animal reçoit un traitement d'urgence salvateur et que vous devez interrompre vos vacances ou les annuler dans les 7 jours précédant la date de départ prévue. Le traitement d'urgence doit avoir lieu après la période d'attente applicable et pendant que votre police est en vigueur. Le montant de la couverture est limité à 1000 \$ par incident.
- Exigences relatives à l'application de la couverture:
  - o Vous ne devez pas avoir obtenu le remboursement des frais de voyage et d'hébergement auprès d'une autre source.
  - o Vous devez avoir réservé vos vacances au moins 28 jours avant la date de départ prévue.
  - o Tout problème dont souffre votre animal de compagnie et qui nécessite un traitement d'urgence salvateur doit être couvert au titre du guide de l'utilisateur de la police que vous avez choisie et non au titre d'un problème médical exclu.

## INFORMATION REQUISE

- Veuillez joindre les reçus de voyage et d'hébergement à la soumission de réclamation.
- Veuillez obtenir une facture **fermée/finalisée**. Celle-ci comprend :
  - o Un numéro de facture
  - o Le nom de l'animal de compagnie
  - o La liste des services détaillés effectués et le(s) coût(s) associé(s)
  - o Le montant final de la facture, y compris tous les rabais et les crédits appliqués ainsi que le montant des taxes

\*Les éléments suivants ne sont pas considérés comme des factures : récapitulatif du compte, historique des transactions, factures ouvertes, bons de livraison et reçus de paiement de la pharmacie sans étiquette de prescription associée.
- Veuillez à ce que les documents soumis soient **clairs et lisibles**. Évitez d'écrire par-dessus ou de couvrir les détails des documents.
- **Nous avez-vous envoyé le dossier médical complet de votre animal de compagnie?** Ce dossier s'intitule souvent « notes de dossier » ou « notes SOAP ».
  - o N'oubliez pas de nous envoyer également les notes récentes et mises à jour du médecin vétérinaire.
  - o Nous avons besoin du dossier médical complet et à jour de votre animal de compagnie pour pouvoir traiter votre réclamation.
  - o Si votre animal a été adopté, nous demandons une copie de tous les documents fournis par le centre d'adoption.
  - o Si vous soumettez une réclamation concernant une fracture dentaire, veuillez toujours nous envoyer le dossier médical complet.

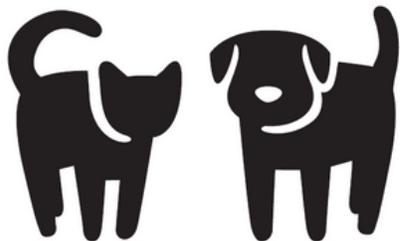
## SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE

1. Soumettez vos réclamations dans votre portail en ligne à **portal.petsplusus.com/fr** pour un traitement rapide et sans papier!

2. Prenez une photo de votre formulaire, des reçus/factures, et des antécédents médicaux/notes SOAP (subjectif, objectif, analyse et plan) avec votre téléphone ou envoyez-les sous forme de fichier PDF par courriel à [submissions@petsplusus.com](mailto:submissions@petsplusus.com).

3. **Courrier** à: PTZ Insurance Service LTD  
710 Dorval Drive, Suite 400  
Oakville, Ontario L6K 3V7

**Utilisez une seule méthode pour envoyer votre formulaire de demande de remboursement et tous les documents pertinents. Les demandes en double retarderont le traitement.**



**Pour toute question au sujet de ce formulaire, appelez-nous au 1-800-364-8422. Nous serons ravis de vous aider!**