

PROCESSING A CLAIM

In order to process your claim as quickly as possible we require the following information with every claim. *Failure to provide all the required information will delay the processing of your claim.

- A report from the vet detailing the Diagnosis and specific treatment given to your pet.
- A printout of your pet's history of consultations or treatments received in the last 6 months.
- The original invoices.
- Proof of payment.
- Copies of any blood tests and any other tests / or results
- Copies of any X-Rays.
- A copy of your pet's vaccination record.

All of the above mentioned information can be emailed to us at claims@protectapet.eu. Please note that photographs of the documents are NOT acceptable as they provide us with a very poor quality image. All documents with the exception of X rays must be scanned using a printer scanner. Alternatively you may post everything to us at the following address.

Protectapet SL
Apartado de Correos 42
03726 Benitachell
Alicante

Claim Form



Name:

Policy number:

NIE No:

Telephone number:

Email address:

Bank account IBAN number:

Pet's name:

Pet's age:

Pet's weight:

Date of claim:

Date first symptoms occurred:

What is the diagnosis of your pet's illness/ condition?

YOU MUST ENCLOSE THE FOLLOWING DOCUMENTS TO SUPPORT YOUR CLAIM.

- ☐ A report from the vet detailing the Diagnosis and specific treatment given to your pet.
- ☐ A printout of your pet's history of consultations or treatments received in the last 6 months.
- ☐ The original invoices.
- ☐ Proof of payment.
- ☐ Copies of any blood tests and any other tests / or results
- ☐ Copies of any X-Rays.
- ☐ A copy of your pet's vaccination record.

Declaration by the policy holder

I declare that the information provided with this claim is correct and that the fees charged are no higher than normal practice fees. I declare that the details given are correct to the best of my knowledge and I hereby authorize Protectapet to request any additional information required from any vet that has treated my pet.

Policy Holders Signature:

Date:

Veterinary Practice details

Practice Telephone number:

Email address:

Veterinarian Signature:

VETS STAMP

COLEGIO No

On completion please post to:

Protectapet, The European Healthcare Management Organisation SL
Apartado de Correos 42, 03726 Benitachell, Alicante

Or email to: claims@protectapet.eu

Claim Form



Nome:

Número da apólice:

Seu ID:

Número de telefone:

Email:

Seu IBAN:

Nome Pet:

Idade:

Peso:

Reivindicação Data:

Data dos primeiros sintomas:

Qual é o diagnóstico para a doença ou lesão?

Você deve anexar os seguintes documentos Para fundamentar esta alegação..

- ☐ Um relatório do seu Veterinário, com detalhes do Diagnóstico e o tratamento específico dado ao seu animal de estimação.
- ☐ Uma cópia do historial do seu animal de estimação e de todas as consultas ou tratamentos que este tenha recebido nos últimos 6 meses.
- ☐ As faturas originais.
- ☐ Uma prova de pagamento.
- ☐ Cópias dos testes de sangue ou de quaisquer outros testes ou resultados.
- ☐ Cópias dos Raios-X.
- ☐ Uma cópia do registo do seu animal de estimação, Passaporte e/ou número de identificação do Chip.

Declaração do detentor da apólice

Declaro que as informações prestadas no presente pedido são exactas e que qualquer acusação não é maior do que o preço normal de taxas. Declaro que as informações acima estão corretas de acordo com meu conhecimento e autorizo Protectapet para solicitar informações adicionais necessárias a partir de qualquer veterinário que tratou meu animal de estimação.

Assinatura do titular da apólice:

Data:

Detalhes clínica veterinária

Número fixo:

Endereço de email:

Assinatura do veterinário:

CARIMBO DO VETERINÁRIO

ESCOLA No.

Enviar para:

Protectapet, The European Healthcare Management Organisation SL
Apartado de Correos 42, 03726 Benitachell, Alicante, Espanha
O envie um email para: claims@protectapet.eu