

Assurance animaux

Feuille de soins



Toute feuille de soins mal remplie, sans signature et non accompagnée de la facture correspondante, ne sera pas traitée.

Partie à remplir vous concernant

N° d'adhésion : _____

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : _____

Ville :

Tél. : _____

Adresse Email :

Partie à remplir concernant votre animal

Nom de l'animal assuré :

.....

Race :

.....

Sexe : ☐ M ☐ F

Taille :

Couleur :

Date de naissance : _____

N° d'identification ou tatouage :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.

le _____

Signature de l'adhérent

Comment remplir votre feuille de soins ?

- 1 - Complétez, datez et signez la page 1 de cette feuille de soins.
- 2 - Faites remplir les informations concernant le vétérinaire, le praticien ou laboratoire, sur la page 2.
- 3 - S'il y a lieu, collez les vignettes des médicaments prescrits sur l'emplacement prévu page 2.
- 4 - Renvoyez votre feuille de soins ainsi complétée et scannée via le formulaire disponible sur le site internet :

<https://www.assurmix.fr/assurance-animaux/declarer-accident-chien-chat-assurance>

Sans oublier de joindre la ou les factures correspondantes

Nos services sont joignables:

Du lundi au vendredi

de 09h30 à 13h et 14h à 17h30

09 69 39 32 75

(prix d'un appel local)

Partie à compléter par le vétérinaire

Nom de l'animal : N° d'identification : N° de tatouage :

Motif de la consultation			
☐ Accident	Date :	☐ 1 ^{ère} visite ☐ Visite de suivi	Nature de l'accident :
☐ Maladie	Date des 1 ^{er} symptômes :	☐ 1 ^{ère} visite ☐ Visite de suivi	Nom de la maladie : ou diagnostic : ☐ Aiguë ☐ Chronique ☐ Nécessite un acte chirurgical
☐ Vaccination ☐ Stérilisation ☐ Détartrage ☐ Bilan de santé	Date :	Type de vaccin :	

Nature		Précisions/Commentaires	Date	Montant TTC
☐ Consultation(s)				
☐ Injections/Perfusions				
☐ Analyses complémentaires		Nature des analyses :		
☐ Radiographies/Echographies				
☐ Hospitalisation		Nombre de jours :		
☐ Anesthésie				
☐ Chirurgie/Soins divers		Nature de l'acte :		
☐ Médicaments délivrés*				
Désignation	Quantité			
☐ Produit antiparasitaire				
☐ Aliment diététique				
TOTAL				

Je soussigné (e) , vétérinaire, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et prends note qu'ils peuvent éventuellement être certifiés par le vétérinaire conseil de l'Assureur.

le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Signature du vétérinaire

Toute feuille de soins mal remplie, sans signature et non accompagnée de la facture correspondante, ne sera pas traitée.

Cachet du vétérinaire (indispensable)

Partie à compléter par le pharmacien ou le laboratoire

Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien		
Nom du médicament	Quantité	Montant

Signature du pharmacien ou du laboratoire

Cachet du pharmacien ou du laboratoire