

# 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			
<input type="checkbox"/> Accident	Date :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nature de l'accident :
<input type="checkbox"/> Maladie	Date des 1 <sup>er</sup> symptômes :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nom de la maladie : ou diagnostic : <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical
<input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Stérilisation <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Bilan de santé	Date :	Type de vaccin :	

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

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