

FEUILLE DE SOINS ASSURANCE CHIEN/CHAT

**Questionnaire à compléter dans son intégralité puis à transmettre à APRIL Assurances,
au plus tard 2 mois après le 1^{er} acte**

(Attention ! Il est impératif de retourner les 2 pages du questionnaire pour que votre dossier soit complet)

Pour un traitement rapide et efficace de votre demande veuillez rappeler vos coordonnées :

NOM et Prénom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Numéro d'adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

Nom de l'animal : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Tatouage n° / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

L'animal est-il à jour de ses vaccinations ? oui non

| S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | S'agit-il d'une maladie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|---|---|
| <i>Si oui, précisez :</i> | <i>Si oui, précisez :</i> |
| Date de l'accident : ____ / ____ / ____ | Date présumée de l'affection : ____ / ____ / ____ |
| Descriptif des lésions ou de l'affection : _____ _____ _____ | Descriptif des lésions ou de l'affection : _____ _____ _____ |
| Circonstances de l'accident : _____ _____ | |
| Lieu de l'accident : _____ | |
| Y a-t-il un tiers responsable ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Si oui, précisez : | |
| Nom, prénom et adresse du tiers responsable : _____ _____ | |
| Nom et adresse du 1 ^{er} témoin : _____ _____ | |
| Nom et adresse du 2 ^e témoin : _____ _____ | |

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

• **Désignation de frais médicaux et chirurgicaux :**

| Dates | Libellé des soins/frais | Montant en euros |
|-----------|--|------------------|
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Honoraires du Docteur vétérinaire Visite - consultation (nombre) _____ Soins (nature) _____ Petite chirurgie (nature) _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Analyses <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Frais de laboratoire <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Radiologie ou radiothérapie (nombre de séances) <li style="padding-left: 20px;">S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Intervention chirurgicale _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation (nombre de jours) _____ | |
| _ / _ / _ | <ul style="list-style-type: none"> • Euthanasie (hors incinération) _____ | |

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE OU LE PHARMACIEN

• **Désignation des frais pharmaceutiques :**

Une ordonnance a-t-elle été délivrée ? oui (joindre l'ordonnance) non

| Date | Montant de la facture (en euro) | Vignettes (à coller) | Cachet du vétérinaire ou du pharmacien |
|-----------|---------------------------------|----------------------|--|
| _ / _ / _ | | | |
| _ / _ / _ | | | |

Nous soussignés attestons que les déclarations et indications susvisées sont exactes :

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature de l'adhérent

Signature et cachet du vétérinaire