

FEUILLE DE SOINS

Demande de prise en charge concernant votre : ☐ CHIEN ☐ CHAT ☐ NAC



à remplir par le propriétaire (tous les champs sont obligatoires)

Le souscripteur

Numéro de police : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

L'animal assuré

☐ Chien - Race : _____ ☐ Chat - Race : _____

☐ Furet ☐ Lapin ☐ Chinchilla ☐ Cobaye ☐ Perroquet

Nom de l'animal : _____

Âge : _____ Poids : _____ N° d'identification : _____

Je souhaite que ces frais soient affectés à mon Forfait Prévention : ☐ Oui - ☐ Non

(Valable uniquement pour les formules concernées - Voir les Dispositions Particulières de votre contrat, consultable dans votre espace client sur www.santevet.com/espaceclient).

Correspondance

En cas d'accident, décrivez ci-dessous les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Si vous avez des remarques ou des questions, vous pouvez utiliser cet espace pour nous en faire part.

Déclaration sur l'honneur

Pour ouvrir vos droits à une prise en charge, ce document doit être entièrement rempli, signé et accompagné de toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie, comme les ordonnances, la facture détaillée du vétérinaire et les factures de pharmacie ou de laboratoire.

Retournez-les à : SantéVet - 35, Rue de Marseille CS 50623 - 69366 LYON Cedex 07.

En cas de décès de l'animal, veuillez joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire ainsi qu'une déclaration de décès que vous trouverez en téléchargement sur www.santevet.com.

☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

- ✓ Une feuille de soins complétée et signée
- ✓ Tous justificatifs de frais (factures : vétérinaire, pharmacie, laboratoire...)
- ✓ Copie de l'ordonnance

= Remboursement plus rapide

FR

N° d'identification de l'animal :



à remplir par le vétérinaire

(tous les champs sont obligatoires)

Informations concernant la visite médicale

Motif de consultation : ☐ Accident ☐ Maladie ☐ Prévention (Chirurgie de convenance, visite vaccinale, ...)



Est considéré comme un **accident** toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'animal et non intentionnelle de la part de l'assuré ou de la personne ayant la garde de l'animal.

Type de consultation : ☐ Normale ☐ Référée ☐ Urgence

Visite de suivi : ☐ Oui ☐ Non - Si oui, date de la visite initiale : _____

En cas de maladie, date des premiers symptômes : _____

Symptômes

Résultats d'examens complémentaires

Diagnostic ou hypothèses diagnostiques

Prévention

Valences vaccinales	Date du prochain rappel
Produits de prévention	

Prescription

Produit	Posologie	Durée

A détailler dans le tableau ou joindre la copie de l'ordonnance

Montant des frais engagés

Date	Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, ...)	Montant TTC
Total à régler TTC		

A détailler dans le tableau ou joindre les factures

Cachet du vétérinaire

☐ J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés.

Nom et prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____