

Partie à remplir par le **propriétaire** de l'animal

➔ **Demande de prise en charge concernant votre :** **CHIEN**
 CHAT
 NAC

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).

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 du vétérinaire et les factures de pharmacie ou de laboratoire.

Retournez-les à : SantéVet - 59, Rue de Créqui - 69458 LYON Cedex 06.

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

Partie à remplir par le **vétérinaire**

N° d'identification de l'animal :

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
A détailler dans le tableau ou joindre les factures		
Total à régler TTC		

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 :

