NOM – Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
N°adhérent :

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 1er acte

A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE (1 feuille de soins par pathologie)

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 ? ☐ oui ☐ non	**S'agit-il d'une maladie ? ☐ oui ☐ non**
Si oui, précisez :	*Si oui, précisez :*
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 ? ☐ oui ☐ non	
Si oui, précisez : Nom, prénom et adresse du tiers responsable : _____ Nom et adresse du 1er témoin : _____ Nom et adresse du 2e témoin : _____	

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

Dates	Libellé des soins/frais	Montant en euros
___/___/____ ___/___/____ ___/___/____	• ***Honoraires du Docteur vétérinaire*** Visite - consultation (nombre) _____ Soins (nature) _____ Petite chirurgie (nature) _____	
___/___/____	• ***Analyses*** S'agit-il de frais de diagnostic ? ☐ oui ☐ non _____	
___/___/____	• ***Frais de laboratoire*** S'agit-il de frais de diagnostic ? ☐ oui ☐ non _____	
___/___/____	• ***Radiologie ou radiothérapie*** (nombre de séances) S'agit-il de frais de diagnostic ? ☐ oui ☐ non _____	
___/___/____ ___/___/____ ___/___/____	• ***Intervention chirurgicale*** _____ • ***Hospitalisation*** (nombre de jours) _____ • ***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
Ces frais sont-ils liés à l'acte opératoire ? ☐ oui ☐ 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**