

## FEUILLE DE SOINS ASSURANCES CHIEN/CHAT

**Questionnaire à compléter dans son intégralité puis à transmettre à APRIL Assurances,  
au plus tard 2 mois après le 1<sup>er</sup> 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
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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Si oui, précisez :	.....
Nom , prénom et adresse du tiers responsable : .....	.....
.....	.....
Nom et adresse du 1 <sup>er</sup> témoin : .....	.....
.....	.....
Nom et adresse du 2 <sup>ème</sup> 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"> <li><b>Honoraires du Docteur vétérinaire</b></li> </ul>	.....
...../...../.....	Visite – Consultation (nombre) .....	.....
...../...../.....	Soins (nature) .....	.....
...../...../.....	Petite chirurgie (nature) .....	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Analyses</b></li> </ul>	.....
	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Frais de laboratoire</b></li> </ul>	.....
	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Radiologie ou radiothérapie</b> (nombre de séances)</li> </ul>	.....
	S'agit-il de frais de diagnostic ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Intervention chirurgicale</b> .....</li> </ul>	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hospitalisation</b> (nombre de jours).....</li> </ul>	.....
...../...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Euthanasie</b> (hors incinération).....</li> </ul>	.....

### A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE

• **Désignation des frais pharmaceutiques :**

Une ordonnance a-t-elle été délivrée ?  oui (joindre ordonnance)  non

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

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'adhérent

Signature et cachet du vétérinaire

