assurOpoil

FEUILLE DE SOINS

A nous transmettre sous un délai d'un mois maximum à compter de la date des soins

En cas de modification de coordonnées ou première communication de N° de puce/tatouage, merci de les préciser ci-dessous :

Adresse ..... **Tél.** |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

..... **Numéro de puce/tatouage** : envoyer par mail à **tatouage@assuropoil.com**

Partie à remplir concernant L'ADHÉRENT

☐ Mme ☐ M.

Votre numéro adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom .....

.....

Prénom .....

.....

Adresse .....

.....

.....

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville .....

Téléphone |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Partie à remplir concernant VOTRE ANIMAL

Nom de votre animal

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Race .....

Couleur .....

Sexe ☐ F ☐ M Taille .....

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Numéro de tatouage .....

Date

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Toute fausse déclaration peut entraîner les sanctions prévues en application du Code des Assurances.

Signature obligatoire de l'adhérent

- **Complétez, datez et signez** le recto de cette feuille de soins.
- **Faites remplir les informations** au verso concernant le vétérinaire, le pharmacien ou le chenil.
- Si modifications de coordonnées **remplir le cadre ROUGE** ci-dessus.
- S'il y a lieu, **collez les vignettes des médicaments** prescrits sur l'emplacement au verso.
- **Renvoyez votre feuille de soins avec facture** (sans oublier de joindre vos justificatifs de soins) ainsi complétée et sans oublier de remplir votre **numéro d'adhérent** :

1. par **mail** au **format PDF** à l'adresse électronique suivante : **feuillesdesoins@scan-prod.com**
2. ou par **la poste** à l'adresse suivante : **ASSUR O'POIL** - 51-55, rue Hoche - 94767 Ivry-sur-Seine Cedex

N'hésitez pas à contacter l'un de nos conseillers au : 01 45 15 86 92

Feuille de Soins FR - 09/2024

Assur O'Poil – 51/55, rue Hoche – 94767 IVRY-SUR-SEINE Cedex. Tél : 01 45 15 86 92 – www.assuropoil.fr

HD Assurances - S.A.S. de courtage d'assurances au capital de 600.000 € - RCS Créteil 395 325 053 - Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes à la loi - Immatriculation d'intermédiaire assurances 07 002 941 vérifiable auprès de l'ORIAS : 1, rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 9 (www.orias.fr) - Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ACPR : 4, Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09. Conformément à la Loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez sur simple demande, refuser que vos coordonnées soient transmises à des fins de communication commerciale. Si vous souhaitez exercer ce droit veuillez-vous adresser au Délégué à la Protection des Données Personnelles, par courrier à : HD Assurances – Délégué à la Protection des Données Personnelles - 51-55 rue Hoche 94767 Ivry sur Seine Cedex ou par mail à l'adresse : rectification@hdassurances.com.

PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom de l'animal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro de Puce ..... **Numéro adhérent** .....

Les soins ont été donnés en raison :

☐ d'une maladie ☐ d'une vaccination

☐ d'un accident ☐ d'une stérilisation

S'il s'agit d'une maladie

Date de début de maladie |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nature de la maladie .....

.....

.....

.....

Nature des soins .....

.....

.....

.....

S'il s'agit d'un accident

Date de l'accident |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nature des blessures .....

.....

.....

.....

Nature des soins .....

.....

.....

.....

Une intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Merci de détailler le montant de chaque acte :

Date	Désignation des soins	Désignation des médicaments délivrés*	Qté	Montant
	Consultation			
	Montant du vaccin **uniquement**			
			Total	

*Les aliments quels qu'ils soient même médicamenteux (prescrire des médicaments), les produits anti-parasitaires, les lotions et shampooings, ne donnent pas lieu à remboursement et ne doivent pas être reportés dans le tableau ci-dessus.

Cachet du vétérinaire (indispensable)

Date et signature du vétérinaire |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Vétérinaire référent ☐

Adressé par son vétérinaire référent ou autre ☐

PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN OU LE CHENIL

Cachet du pharmacien (indispensable)

Vignettes des médicaments

Cachet du chenil

Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien

Désignation	Quantité	Montant
	Total	

Signature du pharmacien :

Frais de chenil

en cas d'hospitalisation de l'adhérent (1)

Date d'entrée et de sortie du chenil	Montant des frais de pension

(1) Joindre un justificatif du séjour à l'hôpital ou à la clinique avec les dates d'entrée et de sortie.