Assur O'PoiL
ASSUREUR SANTÉ CHIENS CHATS

Feuille de 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** .....

Partie à remplir concernant L'adhérent

❑ Mme ❑ Mlle ❑ M.

Votre numéro d'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

Comment remplir votre feuille de soins ?

- **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 ORANGE** ci-dessus.
- S'il y a lieu, **collez les vignettes des médicaments** prescrits sur l'emplacement au verso.
- **Renvoyez votre feuille de soins** (sans oublier de joindre vos justificatifs de soins) ainsi complétée à l'adresse qui suit : ASSUR O'POIL
  Square de Meeûs, 37
  1000 BRUSSELS - BELGIQUE

N'hésitez pas à contacter l'un de nos conseillers au :

0 800 50 190

Siège Social : HD Assurances – 51-55, rue Hoche – 94767 Ivry sur Seine Cedex - SAS de courtage d'assurances au capital de 600.000 € - RCS Créteil 395 325 053 – Garantie Financière et responsabilité civile et professionnelle conformes à la loi. Immatriculation d'intermédiaire assurance 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) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09. Garanties souscrites auprès de SwissLife Assurances de Biens S.A au capital de 80.000.000 € - RCS Nanterre 391.277.878 - Entreprise régie par le Code des Assurances. Recours/Réclamations : transmettre votre demande par courrier simple à : Assur O'Poil – Service Qualité – 51-55, rue Hoche 94767 Ivry-sur-Seine cedex. 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.

BE-4 - 07/2018

Partie à faire compléter par le vétérinaire

Nom de l'animal

Numéro de puce ..... Couleur .....

Les soins ont été donnés en raison :

- ❑ d'une maladie
- ❑ d'un accident
- ❑ d'une vaccination
- ❑ 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 shampoings, 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.

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.