

FEUILLE DE SOINS

- ✓ Feuille de soins complétée et signée
- ✓ Tous justificatifs de frais
(Factures : vétérinaire, pharmacie, laboratoire...)
- ✓ EN CAS D'ACCIDENT : Déclaration sur l'honneur
- ✓ Copie de l'ordonnance

À ENVOYER DANS LES 15 JOURS



ASTUCE :

Facilitez vos remboursements en nous envoyant vos documents par mail !



assurance-animaux@assurpeople.com



01 73 29 16 92

(Du lundi au vendredi de 9h à 13h et 14h à 17h)



ASSURPEOPLE – LSA COURTAGE 153 rue de Guise
CS 60688 – 02100 Saint Quentin

1 À remplir par le vétérinaire

(tous les champs sont obligatoires, les mentions sont à remplir en majuscules)

→ En cas de consultation vaccinale, pensez à dissocier la consultation et le vaccin sur la facture

Nom de l'animal : _____

N° d'identification (puce électronique ou tatouage) : _____

Date de la visite : ___ / ___ / ___ Date des 1^{ers} symptômes : ___ / ___ / ___

Motif de consultation / Diagnostic : Accident / Maladie

Soin préventif

- Auditif Cardiaque/Pulmonaire Dermatologie Epilepsie Epillet
 Intestinal Oculaire Respiratoire Troubles urinaires
 Autre : _____

Diagnostic complet : _____

Y a-t-il une intervention chirurgicale ? Oui Non

Des manifestations antérieures de cette affection vous sont-elles connues ?

Oui Non À quelle date ? ___ / ___ / ___

Nom du vétérinaire : _____

Cachet du vétérinaire :

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie la véracité des données médicales et des frais engagés. Je tiens le dossier médical complet de l'animal traité à disposition du vétérinaire conseil de l'assureur.

Date : ___ / ___ / ___ Signature : _____

Montant TTC :

_____, ____ €

2 À remplir par le pharmacien

Montant TTC : _____ €

Signature :

3 À remplir par le propriétaire

(joindre obligatoirement les justificatifs de frais)

Nom du propriétaire : _____

Prénom : _____

N° de contrat : FID _____

EN CAS D'ACCIDENT OU DE DÉCÈS, merci de **décrire les circonstances** dans lesquelles il s'est produit :

Déclaration sur l'honneur

Pour ouvrir vos droits à une prise en charge, ce document doit être entièrement rempli, signé et accompagné de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie.

Retournez-les par courrier ou par mail !

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document

Date : ___ / ___ / ___

Signature :