



Mon Gustave
le comparateur #malin



SwissLife



Assurance Animaux

Feuille de soins animaux

Comparez les offres

www.mongustave.fr



SwissLife

Assurance animaux

Feuille de soins

Toute feuille de soins mal remplie, sans signature et non accompagnée de la facture correspondante, ne sera pas traitée.

Partie à remplir vous concernant

Numéron d'adhésion :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Tél. :

Adresse Email :

Partie à remplir concernant votre animal

Nom de l'animal assuré :

.....

Race :

.....

Sexe : M F

Taille :

Couleur :

Date de naissance :

N° d'identification ou tatouage :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et reconnais savoir que toute déclaration frauduleuse pourra entraîner la déchéance de tout droit à indemnité.

le

Signature de l'adhérent

Comment remplir votre feuille de soins ?

- 1 - Complétez, datez et signez la page 1 de cette feuille de soins.
- 2 - Faites remplir les informations concernant le vétérinaire, le praticien ou laboratoire, sur la page 2.
- 3 - Renvoyez votre feuille de soins ainsi complétée à :

Swiss Life - Service Clientèle Vente Directe - 7, rue Belgrand - 92682 Levallois-Perret Cedex

Sans oublier de joindre la ou les factures correspondantes

Vous recevrez une nouvelle feuille de soins par retour de courrier.

Nos services sont joignables:

Du lundi au vendredi, de 9h à 18h au

08 26 25 86 86 Service 0,18 € / min
+ prix appel

Partie à compléter par le vétérinaire

Nom de l'animal : N° d'identification : N° de tatouage :

Motif de la consultation			
<input type="checkbox"/> Accident	Date :	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nature de l'accident :
<input type="checkbox"/> Maladie	Date des 1 ^{er} symptômes :	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} visite <input type="checkbox"/> Visite de suivi	Nom de la maladie : ou diagnostic : <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nécessite un acte chirurgical
<input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Stérilisation <input type="checkbox"/> Détartrage <input type="checkbox"/> Bilan de santé	Date :	Type de vaccin :	

Nature	Précisions/Commentaires	Date	Montant TTC
<input type="checkbox"/> Consultation(s)			
<input type="checkbox"/> Injections/Perfusions			
<input type="checkbox"/> Analyses complémentaires	Nature des analyses :		
<input type="checkbox"/> Radiographies/Echographies			
<input type="checkbox"/> Hospitalisation	Nombre de jours :		
<input type="checkbox"/> Anesthésie			
<input type="checkbox"/> Chirurgie/Soins divers	Nature de l'acte :		
<input type="checkbox"/> Médicaments délivrés*			
Désignation	Quantité		
<input type="checkbox"/> Produit antiparasitaire			
<input type="checkbox"/> Aliment diététique			
TOTAL			

Je soussigné (e), vétérinaire, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et prends note qu'ils peuvent éventuellement être certifiés par le vétérinaire conseil de l'Assureur.

le _____ Signature du vétérinaire

Toute feuille de soins mal remplie, sans signature et non accompagnée de la facture correspondante, ne sera pas traitée.

Cachet du vétérinaire (indispensable)

Partie à compléter par le pharmacien ou le laboratoire

Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien		
Nom du médicament	Quantité	Montant

Signature du pharmacien ou du laboratoire

Cachet du pharmacien ou du laboratoire