

FORMULAIRE DE SINISTRE POUR FRAIS VETERINAIRES

Partie 1 – A compléter par l'Assuré

1. Coordonnées de l'assuré

Nom : Prénom : Numéro de contrat :

Adresse :

Téléphone :

Email :

2. Coordonnées du vétérinaire

Nom du vétérinaire traitant habituel :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Un autre vétérinaire a-t-il soigné votre cheval depuis que vous en êtes propriétaire ?

Oui [] Non []

Si oui, merci d'indiquer au verso de la feuille ou sur papier libre, les détails de tout traitement, intervention chirurgicale ou médicaments administrés ainsi que le nom et l'adresse du vétérinaire intervenu.

3. Détails concernant le cheval assuré

Nom du cheval :

Age :

Race :

Sexe :

Origines :

Etes-vous l'unique propriétaire ? Oui [] Non []

Si non, indiquez les nom et adresse des autres co-propriétaires et leur part sur le cheval.

A quelle utilisation était destiné le cheval au moment de l'accident ou la maladie ?

Qui était responsable du cheval au moment de la maladie ou de la blessure ? Merci d'indiquer les nom et adresse (s'il ne s'agit pas de l'assuré).

Nom :

Adresse :

Téléphone :

FORMULAIRE SINISTRE POUR FRAIS VETERINAIRES

Partie 2 – A compléter par le Vétérinaire traitant l'animal pour ce sinistre

Certificat vétérinaire

Merci de compléter ce formulaire et de fournir un rapport détaillé de l'historique, du diagnostic, du traitement, et du pronostic des soins faisant l'objet du sinistre. Si le cheval vous a été référé vous voudrez bien nous joindre une copie du rapport original.

Coordonnées du propriétaire :

Nom et Prénom :

Adresse :

Nom du cheval :

Age : **Robe :** **Sexe :** **Race :**

Avez-vous déjà soigné ce cheval ? Oui [] Non []

Si oui, veuillez fournir les détails complets de toute maladie, blessure ou symptômes en relation avec les soins actuels.

1. Date de l'accident :	
2. Date de début de la maladie :	
3. Symptômes du problème actuel :	
4. Date de votre première intervention :	
5. Diagnostic de la maladie/blessure actuelle :	
6. Détails du traitement effectué (dans le cas où plusieurs problèmes ont été soignés veuillez indiquer s'ils sont liés) :	
7. Durée estimée du traitement :	
8. Existe-il un traitement alternatif ? Si oui, lequel ?	
9. Pronostic vital et sportif de la maladie/blessure actuelle :	

Par la présente je certifie et confirme que les déclarations ci-dessus sont correctes et exactes.

Signature :

Date :

Tampon de la Clinique