



FORMULAIRE DE SINISTRE POUR FRAIS VETERINAIRES à nous retourner sous 30 jours après la date du sinistre

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 :

Téléphone : Email :

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

Oui [] Non []

Si oui, merci d'indiquer ci-dessous 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 : N° SIRE :

Quelle est votre part de propriété : %

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

Qui était en charge 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 :

Toute omission et/ou non renseignement des circonstances entraînera le non remboursement des frais.

4. Détails du sinistre

Donnez la date, l'heure et le lieu où le cheval a été découvert malade ou blessé :

Le vétérinaire a été averti le :

Date :

Heure :

Le vétérinaire est arrivé pour assister le cheval le :

Date :

Heure :

Veillez décrire les circonstances de la blessure ou la maladie :

Les soins liés à la maladie ou à la blessure sont-ils terminés ? Oui [] Non []

Le cheval concerné par ce sinistre est-il assuré ailleurs ? Oui [] Non []

5. Veuillez joindre ce formulaire et les factures des soins

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

Signature :

Date :

Partie 2 – A compléter par le Vétérinaire traitant de l'animal pour ce sinistre**Certificat vétérinaire :**

Merci de compléter ce formulaire et de fournir un rapport détaillé de l'historique, du diagnostic, de 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.

Nom, prénom et adresse du propriétaire :

Nom du cheval :

N° SIRE :

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 : * Obligatoire	

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

Signature :

Date :

Tampon de la Clinique