

**Feuille de soins à remplir recto/verso et factures à joindre**

Ce document doit être correctement rempli pour donner droit à une prise en charge. Merci de joindre toutes les pièces relatives à l'accident de votre animal (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoires).

L'ensemble des documents doit être transmis via la fonctionnalité de déclaration de sinistre de votre application PennyPet dans les 15 jours suivants l'accident.

### Propriétaire

Numéro de POLICE : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone :         E-mail : \_\_\_\_\_

### Animal assuré

Espèce :  Chien  Chat

Nom de l'animal : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_ Date de naissance :   /   /

N° de Puce électronique :    -   -   -

ou N° de Tatouage :   -     -

### Description de l'accident

---



---



---



---



---

Je certifie l'exactitude des renseignements rapportés sur ce document (y compris le verso).

Fait à : \_\_\_\_\_

Date :   /   /     Signature du propriétaire : \_\_\_\_\_

**FEUILLE DE SOINS À RENVoyer DANS LES 15 JOURS ACCOMPAGNÉE DES JUSTIFICATIFS**

## Information concernant la visite médicale

Motif de la consultation :  Accident  Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

Date de la consultation : \_\_\_\_\_ 00/00/0000

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ 00/00/0000

## Résultats significatifs d'examens complémentaires

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Frais

A détailler dans le tableau ci-dessous ou joindre la facture détaillée en reportant le montant total réglé ci-dessous.  
**Factures de pharmacie et laboratoires obligatoires.**

| Date       | Nature des frais engagés (honoraires, médicaments, actes médicaux...) | Montant TTC |
|------------|---|-------------|
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
| 00/00/0000 |   |             |
|            | <b>TOTAL RÉGLÉ</b>  |             |

Cachet du vétérinaire

Je soussigné(e) DR \_\_\_\_\_  
certifie l'exactitude des informations apportées sur ce document  
(Identité de l'animal, données médicales et frais engagés).

Date : 00/00/0000

Signature du vétérinaire :