



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Animaux  
santé**

LE SPÉCIALISTE DE L'ASSURANCE CHIEN ET CHAT



**Assurance Animaux**

**Feuille de soins animaux**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

### Feuille de soins à remplir recto/verso et joindre les factures

Ce document doit être correctement rempli pour donner droit à une prise en charge. Merci de joindre toutes pièces relatives à l'accident ou à la maladie (ordonnances, factures du vétérinaire, pharmacie et laboratoires). En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire. Retourner l'ensemble des documents dans les 15 jours sans oublier de signer la Feuille de soins à :

**FINAXY SANTÉ ANIMALE - ANIMAUX SANTÉ - Service Gestion, 5 rue du Général Foy, 75008 Paris**

#### 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 :  -    -

#### En cas d'accident, description des faits et des personnes impliquées

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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**

## Informations concernant la visite médicale

**Motif de la consultation :**  Accident  Maladie  Prévention

Chirurgie  Pneumologie  Cardiologie  Orthopédie  Ophtalmologie  Dermatologie  Urologie  O.R.L.

Stomatologie-Soins dentaires  Gastro-entérologie  Comportement

Autres (Préciser) : .....

**Visite de suivi :**  NON  OUI Si OUI, date de la visite initiale : .....   /   /

En cas de maladie, date des premiers symptômes : .....   /   /

En cas d'accident, date de l'accident : .....   /   /

## Résultats significatifs d'examens complémentaires

.....

.....

.....

.....

.....

## Frais engagés

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
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>TOTAL RÉGLÉ ►</b>		

Cachet du vétérinaire

Je soussigné, Dr.....

certifie l'exactitude des informations apportées sur ce document

(Identité de l'animal, données médicales et frais engagés).

Date :   /   /

**Signature du vétérinaire :**

Partie à remplir par le vétérinaire (obligatoire)