Assur O'Poil
L'ASSICURAZIONE PER CANE E GATTO

Modulo rimborso per le spese veterinarie

Parte da compilare relativa all'aderente

❑ Sig.ra ❑ Sig.na ❑ Sig.

N°Aderente

Cognome .....

.....

Nome .....

.....

Indirizzo .....

.....

.....

C.A.P

Città .....

Telefono

Parte da compilare relativa al proprio animale

Nome del Suo animale

Razza .....

Colore .....

Sesso ❑ F ❑ M Taglia .....

Data di nascita

N° tatuaggio o microchip .....

Data

Qualsiasi dichiarazione mendace può comportare l'applicazione delle sanzioni previste dal Codice delle Assicurazioni.

Firma obbligatoria dell'aderente

Come compilare il proprio modulo per il rimborso delle spese veterinarie?

- **Completare, datare e firmare** sul fronte della pagina del presente modulo per il rimborso delle spese veterinarie.
- **Faccia compilare la parte riservata al veterinario**, al farmacista o al canile.
- Nel caso di prescrizioni di medicinali, **incolli le fustelle dei medicinali** prescritti, sul retro del modulo.
- **Spedisca il modulo per il rimborso delle spese veterinarie** (senza dimenticare di allegare i giustificativi delle cure) così compilato al seguente indirizzo:

Assur O'Poil l'Assicurazione per Cane e Gatto
Palazzo Valadier
Piazza del Popolo n°18
C.A.P 00187 ROMA

Non esiti a contattare i nostri Consulenti al numero gratuito sottoindicato:

800 972 520

Assur O'Poil è una marca depositata da HD Assurances S.A.S di intermediazione assicurativa con capitale di 600.000 € - RI Créteil 395 325 053 - Garanzia finanziaria e responsabilità professionale ai sensi di legge - Iscrizione al Registro Unico degli intermediari assicurativi 07 002 941 verificabile presso l'ORIAS, equivalente al RUI, 1 rue Jules Lefebvre 75311 Paris Cedex 9 (www.orias.fr) – Sottoposta all'Autorità di Controllo Prudenziale e di Risoluzione (ACPR) – equivalente all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 – Ai sensi e per gli effetti della Legge Informatica e Libertà n°78-17 del 6 gennaio 1978 - simile al D.Lgs. sulla Privacy n°196/2003 - è possibile su semplice richiesta, vietare la trasmissione dei propri dati personali a scopo di comunicazione commerciale.

IT-8 - 02/2017

Parte da far compilare al Suo veterinario

Nome dell'animale

N° di tatuaggio o microchip ..... Colore .....

Le prestazioni mediche sono state erogate per motivi di:

- ❑ malattia
- ❑ incidente
- ❑ vaccinazione

Se si tratta di una malattia

Data di inizio della malattia

Tipo di malattia .....

Tipo di cure .....

Se si tratta di un incidente

Data dell'incidente

Tipo di ferite .....

Tipo di cure .....

È stato praticato un intervento chirurgico? ❑ Sì ❑ No

La preghiamo di specificare l'importo di ogni singolo atto

Data	Tipologia delle cure	Tipologia dei medicinali rilasciati*	Qtà	Importo
	Visita			
	Importo del solo vaccino			

Totale

* I cibi, di qualunque tipo, i prodotti antiparassitari, le lozioni e gli shampii non danno luogo ad un rimborso e non devono essere riportati nella tabella sopraindicata.

Timbro del veterinario (indispensabile)

Data e firma del veterinario
Certifico sull'onore l'esattezza delle informazioni sopraindicate.

Parte da far compilare al farmacista o al canile

Timbro del farmacista (indispensabile)

Fustelle dei medicinali

Timbro del canile

Farmaci prescritti dal veterinario e rilasciati dal farmacista

Tipologia	Quantità	Importo

Totale

Firma del farmacista

Spese del canile

In caso di ricovero in ospedale dell'aderente (1)

Data di entrata e di uscita dal canile	Importo delle spese di pensione

(1) Allegare un giustificativo del ricovero in ospedale o in clinica con le date di amissione e di dimissione.