

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**

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 shampoo non danno luogo ad un rimborso e non devono essere riportati nella tabella sopra indicata.

Timbro del veterinario (indispensabile)



Data e firma del veterinario

Certifico sull'onore l'esattezza delle informazioni sopra indicate.

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 ammissione e di dimissione.