

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** il 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 compilare a cura del medico veterinario

Nome dell'animale

Le prestazioni mediche sono state erogate per motivi di:

- malattia
- incidente
- vaccinazione

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

### 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			
<b>Totale</b>				

\* 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 sopraindicata.

**Timbro del veterinario** (indispensabile)



**Data e firma del veterinario**

Certifico sull'onore l'esattezza delle informazioni sopraindicate.

## Parte da compilare a cura del farmacista o del canile

**Timbro del farmacista** (indispensabile)

**Fustelle dei medicinali**

**Timbro del canile**

### Farmaci prescritti dal veterinario e rilasciati dal farmacista

Tipologia	Quantità	Importo
<b>Totale</b>		



**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.