

**FEUILLE DE SOINS**  
 VOTRE N° DE CONTRAT : \_\_\_\_\_  
**AnSet ASSURANCES**

**01 À REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE**

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_ Nom de l'animal : \_\_\_\_\_  
 N° d'identification : \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA CONSULTATION**

1<sup>re</sup> visite pour ce problème  Urgence

Accident Survenu le : \_\_\_\_\_  
 Maladie Date d'apparition des 1<sup>ers</sup> symptômes : \_\_\_\_\_  
 Visite de suivi Date des visites antérieures liées à ce problème : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

**HYPOTHÈSE(S) DIAGNOSTIQUES**

Aigu Commentaires : \_\_\_\_\_  
 Chronique

**FRAIS ENGAGÉS ET PAYÉS PAR LE PROPRIÉTAIRE AU VÉTÉRINAIRE**

À COCHER	OBSERVATIONS - PRÉCISIONS - COMMENTAIRES	MONTANT TTC
A - Consultations <input type="checkbox"/>	Dates : _____	A - _____
B - Injection(s) <input type="checkbox"/>	Natures des analyses : _____	B - _____
C - Analyses complémentaires <input type="checkbox"/>	Nombres de jours : _____	C - _____
D - Radiographies/Echographies <input type="checkbox"/>	Nature de l'acte : _____	D - _____
E - Hospitalisations <input type="checkbox"/>		E - _____
F - Anesthésie <input type="checkbox"/>		F - _____
G - Chirurgie/Soins divers <input type="checkbox"/>		G - _____
H - Médicaments fournis par le vétérinaire	NOM DÉPOSÉ QUANTITÉ Montant TTC	H - _____
<b>TOTAL PAYÉ</b>		<b>XPF</b>

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ vétérinaire, certifie l'exactitude des informations fournies ci-dessus.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_  
 Tampon du vétérinaire (indispensable) : \_\_\_\_\_ Signature du vétérinaire : \_\_\_\_\_

**02 À REMPLIR PAR LE PHARMACIEN OU LE LABORATOIRE D'ANALYSES**

Merci de joindre les documents ci-dessous : Tampon du pharmacien ou du laboratoire (indispensable)

Original de l'ordonnance du vétérinaire  
 Original de la facture du pharmacien et/ou du laboratoire

Page 1

**Votre vétérinaire**  
 Remplit le formulaire en page 1 et vous fournit la facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soin.

**DÉCLARATION DE SINISTRE ACCIDENT**  
**AnSet ASSURANCES**

**01 COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**02 COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL SI DIFFÉRENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec le souscripteur : \_\_\_\_\_

**03 L'ANIMAL**

Chien  Chat  
 Nom usuel : \_\_\_\_\_ Race ou type : \_\_\_\_\_  
 N° de tatouage : \_\_\_\_\_ N° de puce : \_\_\_\_\_

**04 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE SINISTRE**

Date du sinistre : \_\_\_\_\_

Circonstances précises et causes présumées du sinistre : \_\_\_\_\_

le son livret, LOF)  
 anti n° de tatouage

Page 2

Page 3

**Vous**  
 Remplissez le formulaire en page 2 et 3  
 Et rendez-vous sur le site [anset.pf](http://anset.pf)  
 Mes démarches en ligne  
 "Transmettre ma feuille de soins chiens-chats"

**NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES :**

- La facture acquittée détaillée du même montant que la feuille de soin
- L'ordonnance de votre vétérinaire (si prescription de médicaments, analyses médicales en laboratoire, ou soins chez un autre professionnel de santé animale, des suites d'un accident ou maladie)

Pour traiter votre demande de remboursement, la feuille de soin doit être entièrement remplie, signée et accompagnée de toutes les pièces relatives au problème de santé.

Vous disposez de 5 jours pour créer votre demande de remboursement à compter de la date de votre visite chez le vétérinaire. Veillez à bien remplir toutes les informations.

Selon votre contrat vous serez couvert pour tout problème de santé (accident et maladie) qui surviendrait hors délais de carence et après votre date de souscription. Nos délais de carence sont personnalisables lors de la souscription de 7 à 60 jours. Les délais doivent être révolus lors de l'apparition du problème de santé afin de bénéficier d'une prise en charge. Ils sont calculés à partir de la date de souscription.