

Suite à la visite vétérinaire, vous disposez de 5 jours pour nous en informer par email ou par téléphone.

Après votre déclaration, envoyez-nous au plus vite cette feuille de soins dûment complétée, ainsi que les justificatifs associés (facture(s) acquittée(s), ordonnance(s) en cas d'achats en pharmacie,...). En cas de décès de l'animal, joindre un certificat de décès signé par le vétérinaire.

Un seul animal et un seul vétérinaire par feuille de soins. Tout dossier incomplet risque de retarder sa prise en charge.

La feuille de soins et les justificatifs associés doivent être envoyés à :



santeanimale.matmut.sinistre
@assurone-group.com

ou



Gestion SANTE ANIMALE MATMUT
153 rue de Guise - CS 60688
02315 SAINT QUENTIN

Vous pouvez également déclarer votre sinistre par téléphone
au :



Service indemnisation :
02 32 18 53 05, tapez 2

INFORMATIONS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR ET SON ANIMAL

Numéro de contrat :

Nom du souscripteur : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

L'ANIMAL ASSURE

Nom de l'animal : Race : Date de naissance :/...../.....

N° d'identification : TATOUAGE PUCE ELECTRONIQUE

EN CAS D'ACCIDENT UNIQUEMENT, DESCRIPTION DES FAITS

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Date :

Signature du souscripteur :

A remplir par le vétérinaire

INFORMATIONS CONCERNANT LES SOINS

Motif de consultation : Soins médicaux suite à accident Soins médicaux suite à maladie

Soins chirurgicaux suite à accident Soins chirurgicaux suite à maladie Détartrage Vaccination Décès

Type de consultation : NORMALE REFEREE URGENCE

Visite de suivi : OUI NON - Si oui, date de la visite initiale :

En cas de maladie, date des premiers symptômes : En cas d'accident, date de l'accident :

DIAGNOSTIC, ETIOLOGIE, RESULTATS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

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

FACTURE acquittée par le client : OUI NON

J'ai vérifié l'identité de l'animal et je certifie l'exactitude des données médicales et des frais engagés.

Nom et prénom :

Date :

Signature et cachet du vétérinaire :