

FORMULAIRE D'INTERVENTION VÉTÉRINAIRE

Document à renvoyer complété à assurances@watinco.be et claims@circlesgroup.com

Numéro de Veticard :

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Coordonnées bancaires IBAN :

BIC :

Adresse e-mail :

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval :

Numéro de Microchip :

Date de naissance :

INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

Date du sinistre :

Nom du vétérinaire consulté lors du sinistre :

Date de l'apparition de l'affection ou des blessures :

Cette affection est consécutive à :

- Une maladie
- Un accident
- Autre (veuillez préciser) :

En cas de maladie, s'agit-il :

- D'une première affection
- D'une récurrence
- D'une rechute

Le cheval a déjà présenté des signes de cette affection dans le passé :

- Oui Non

Si oui, quand ?

Le cheval était déjà en traitement pour cette affection :

Oui Non

Si oui, depuis quand ?

Anamnèse :
.....
.....

Diagnostic :
.....
.....

Traitement prescriptif :
.....
.....

Mon pronostic est :

Inquiétant Réservé Bon Très bon

Remarques éventuelles :
.....
.....

Je joins au présent rapport de soins:

- Le certificat de décès du cheval
- Le rapport d'autopsie du cheval
- Les factures relatives à mon (mes) intervention(s) sur ce sinistre :

N° de factures :
.....
.....

Coordonnées du vétérinaire :
.....
.....

Date : Signature :