

COGNOME e NOME Assicurato	
POLIZZA N.	P -
NOME CANE/GATTO	
N. MICROCHIP	

QUESTIONARIO MEDICO VETERINARIO

DATA SINISTRO ___/___/_____

TIPOLOGIA SINISTRO INFORTUNIO occorso il ___/___/_____

MALATTIA insorta il ___/___/_____

DATA PRIMA VISITA ___/___/_____

DESCRIZIONE DELLE LESIONI RICONTRATE (in caso di infortunio)

DESCRIZIONE DEI SINTOMI E DELLA PATOLOGIA / SOSPETTA PATOLOGIA (in caso di malattia)

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE e DELLE CURE

LE PRESTAZIONI SONO STATE ESEGUITE IN REGIME

AMBULATORIALE il ___/___/_____

DAY HOSPITAL il ___/___/_____

RICOVERO dal ___/___/_____ al ___/___/_____

NOMINATIVO E TIMBRO DEL VETERINARIO _____

*Si prega di compilare il modulo in ogni sua parte; le informazioni richieste sono fondamentali per una corretta valutazione del sinistro.
In caso di informazioni incomplete o poco chiare potrà essere richiesta ulteriore documentazione.*

DOCUMENTI RICHIESTI

In caso di ricovero/day hospital con o senza intervento chirurgico

- Fatture/ricevute rilasciate dal veterinario o copia della fattura rilasciata dalla struttura;
- Copia della cartella clinica (con la diagnosi, la data dell'insorgenza della patologia dell'infortunio, il documento della prima visita legata alla problematica in corso e la specifica del ricovero o day/hospital);
- Copia degli esami effettuati.

In caso di rimborso spese veterinarie per visite ed esami (valido solo per il pacchetto Platinum+)

- Fatture/ricevute rilasciate dal veterinario o copia della fattura rilasciata dalla struttura;
- Copia della cartella clinica (con la diagnosi, la data dell'insorgenza della patologia o dell'infortunio e il documento della prima visita legata alla problematica in corso);
- Copia di referti di cure ed esami effettuati.