

## RAPPORT VETERINAIRE - PRIMA

	Police N° .....
Propriétaire de l'animal	Vétérinaire
	Sinistre N° .....

Nom .....
Prénom .....
Adresse .....
NPA Lieu .....
Date de naissance .....

Nom .....
Prénom .....
Adresse .....
NPA Lieu .....
Tél. ....

## Indications concernant l'animal

Nom .....	Age .....	Espèce .....	Race .....
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	N° Identification .....	Utilisation .....	

## Rapport vétérinaire

<b>Début des symptômes</b> .....	<input type="checkbox"/> Chirurgie d'urgence	<input type="checkbox"/> Accident
Début du traitement .....	<input type="checkbox"/> Autre	Date de l'accident .....
Symptômes .....		
Diagnostic .....		
Pronostic .....		
L'abattage est-il demandé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
L'euthanasie est-elle demandée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, à quelle date : .....	
Cet animal est-il suivi chez un/des autre(s) vétérinaire(s) ? .....		
Propositions pour la suite .....		
Commentaires .....		

**Merci de remplir le rapport dans son intégralité, sans quoi le dossier ne pourra pas être traité.**

Nous vous rappelons que votre déclaration engage votre responsabilité et vous expose à des poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration. Nous vous rappelons également que par sa signature, notre assuré(e) libère tout médecin-vétérinaire du secret professionnel à l'égard de notre Société.

Lieu et date ..... Signature du vétérinaire .....