

- **Modulo richiesta di rimborso spese veterinarie e garanzie di assistenza**
- **Apertura sinistro di Responsabilità Civile**

Telefono Ufficio Sussidi + 39 02 47927192

Come compilare il modulo per il rimborso delle Spese Veterinarie e delle Garanzie di Assistenza?

- **Completare, datare e firmare sul fronte della pagina del presente modulo**
- **Chiamare il numero dedicato ai sinistri e farsi autorizzare il ricovero o la prestazione veterinaria. Viene fatta eccezione per i casi di urgenza comprovata**
- **Il veterinario e il farmacista devono correttamente compilare la parte loro riservata.**
- **Nel caso di prescrizioni di medicinali, incolla le fustelle dei medicinali prescritti, sul retro del modulo.**
- **Nel caso di spese relative a garanzie di assistenza allegare le note di spese preventivamente autorizzate**

Come compilare il modulo per i danni di Responsabilità Civile?

- **Completare, datare e firmare la sezione di Responsabilità Civile con la descrizione accurata dell'accaduto**

N.B. MIAV richiederà tutta la documentazione necessaria

inviare il modulo al seguente indirizzo:

Mutua Italiana Assistenza Veterinaria-MIAV
Ufficio Sussidi: Via Achille Papa 30, 20149, Milano

o

alla e.mail :

sinistri@miav.it

Parte da compilare relativa all'Associato

Sig.ra Sig.

N°Protocollo

Cognome

Nome

Indirizzo

.....

C.A.P

Città Prov

Telefono

Cell.

E.mail

Parte da compilare relativa al proprio animale

Nome del Tuo animale

Razza

Colore

Sesso F M Taglia

Anno di nascita Cane Gatto Coniglio

N° microchip

N° documento

Data

Qualsiasi dichiarazione mendace può comportare l'applicazione delle sanzioni previste dalla Legge.



Firma obbligatoria dell'Associato

MUTUA ITALIANA ASSISTENZA VETERINARIA - MIAV

Sede Operativa : WJC - World Join Centre - Viale Achille Papa 30 - 20149 - Milano - Italy

Tel. +39 02 45077489 - **Numero Verde 800 818100**

Mail : info@miav.it

C.F. 96284720586

www.dottorbauedottormiao.it

Parte da far compilare al Tuo Veterinario

Nome dell'animale.....

Le prestazioni veterinarie sono state erogate per motivi di :

N°microchip Colore

malattia

N° documento Cane Gatto Coniglio

Infortuni

Ricovero OSI ONO

Ricovero in regime di Day Hospital OSI ONO

È stato praticato un intervento ambulatoriale OSI ONO

È stato praticato un intervento chirurgico OSI ONO

L'animale è deceduto OSI ONO

E' stata praticata l'eutanasia OSI ONO

Se si tratta di una malattia

Data di inizio della malattia :

Tipo di malattia Causa Congenita SI NO - Causa Pgressa SI NO

Tipo di cure:

Se si tratta di un infortunio

Data dell'infortunio: Descrizione dell'evento:

Tipo di ferite :

Tipo di cure:

Data	Tipologia delle cure	Tipologia dei medicinali rilasciati	Qtà	Importo
Data di ammissione ricovero.....			Data di dimissioni.....	Totale
<input type="radio"/> INDENNIZZO DIRETTO <input type="radio"/> INDENNIZZO INDIRETTO				

ALLEGARE LA CARTELLA CLINICA

Timbro del veterinario (indispensabile)



Data e firma del veterinario
Certifico la veridicità e l'esattezza delle informazioni sopraindicate.

Parte da far compilare al farmacista

Timbro del farmacista (indispensabile)

Fustelle dei medicinali

Farmaci prescritti dal veterinario a seguito di ricovero e rilasciati dal farmacista

Tipologia	Quantità	Importo

Firma del farmacista

Totale

Descrizione Sussidi Assistenza		
Descrizione	Data	Importo
Spese di ricerca		
Adozione per Invalidità Adottante		
Opedalizzazione dell'Adottante		
Trasporto d'urgenza		
Pulizia interni autoveicolo		

Apertura sinistro per Responsabilità Civile

- **Data e ora del sinistro :**
- **Luogo dove è avvenuto il sinistro :**
- **Descrizione del sinistro :**

- **Autorità intervenuta :**
- **Danni alla persona O SI O NO** **Danni alle cose O SI O NO**
- **Dati del danneggiato e descrizione dei danni o lesioni subite :**

- **Allegare la fotocopia della denuncia o richiesta danni da parte del danneggiato**