



Propriétaire

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom et Prénom du propriétaire :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Animal assuré

Espèce Chien Chat

Nom de l'animal :

Race : Date de naissance :

N° d'identification : Tatouage Puce électronique

Pour être éligible, l'animal doit être âgé à la souscription de plus de 3 (trois) mois et de moins de 8 (huit) ans, identifié par un numéro de tatouage ou de puce électronique (inscription au fichier national).

Déclaration de bonne santé

Mon animal est-il à jour de ses vaccins : Oui Non

Mon animal a-t-il eu des ennuis de santé : Oui Non

Mon animal est-il porteur d'une maladie congénitale, anomalie ou malformation : Oui Non

En cas de réponse positive à l'une de ces 3 questions, la souscription n'est pas possible.

Je déclare : Ne pas utiliser mon animal à des fins professionnelles,
 Ne pas avoir fait l'objet d'une résiliation par une précédente compagnie pour l'assurance santé de cet animal
 Qu'il n'est pas un Chien de 1ère catégorie au sens de l'article L211-1 du code Rural

Je certifie l'exactitude des renseignements rapportés sur ce document (y compris le verso).

Fait à :

Date : Signature du propriétaire :

FORMULE CHOISIE (Cocher la Formule choisie)

PAIEMENT ANNUEL (chèque ou CB)

(Cotisation annuelle TTC)

ASSURANCE SANTE FORMULE CONFORT

Formule Confort Chien ou Chat : 252 €/an

ASSURANCE SANTE FORMULE ESSENTIELLE

Formule Essentielle Chat : 108 €/an

Formule Essentielle Chien : 132 €/an

Date d'effet souhaitée : _ / _ / _ _ _

Le contrat prendra effet au plus tôt à la date de réception du bulletin de souscription et du règlement par nos services.

Souscription possible uniquement pour les personnes résidant en France Métropolitaine.

PAIEMENT MENSUEL par prélèvement

(Cotisation mensuelle TTC, inclus les frais financiers mensuels de 2 €)

ASSURANCE SANTE FORMULE CONFORT

Formule Confort Chien ou Chat : 23 €/mois

ASSURANCE SANTE FORMULE ESSENTIELLE

Formule Essentielle Chat : 11 €/mois

Formule Essentielle Chien : 13 €/mois

Mode de paiement

Retournez votre bulletin de souscription accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :
VETHEO ASSUR, Service Gestion CEREDÉ, 2 rue ROSSINI, 75 320 Paris Cedex 09.

- Paiement par chèque (chèque libellé à l'ordre de « Vétheo Assur' / inéov » à joindre avec le bulletin de souscription).
- Paiement par prélèvement automatique mensuel (le prélèvement aura lieu le 10 de chaque mois)
(compléter et retourner l'autorisation de prélèvement avec le bulletin de souscription).

A réception de ce bulletin de souscription, nous vous adresserons vos dispositions particulières ainsi qu'une copie des dispositions générales.

Vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la souscription du contrat, sous réserve de l'absence de déclaration de sinistre de votre part durant cette période.

Fait à Le

Signature

Ces informations sont nécessaires à notre société pour traiter votre demande. Toute réticence ou inexactitude dans les déclarations confirmées par les présentes est susceptible d'entraîner les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité) et L113-9 (réduction des indemnités) du code des assurances. Les réponses à toutes ces rubriques sont obligatoires, sans ces informations, vous ne pourrez pas bénéficier de votre contrat. Les informations collectées sont destinées à la société INEOV. Elles sont enregistrées dans notre fichier de gestion de la clientèle. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/78, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition auprès du service adéquat, responsable du traitement : VETHEO ASSUR –Service Gestion CEREDÉ, 2 rue Rossini 75 320 Paris Cedex 09.

Votre Demande de Prélèvement

NUMERO NATIONAL EMETTEUR 540698

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
INEOV 33 Bd GOUVION ST CYR 75 017 PARIS

Date et signature :

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier à :
INEOV, par lettre recommandée, 15 jours avant la date de prélèvement.