

**Vous**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. : ..... Adresse E-mail : .....

**Votre animal assuré**  Chien  Chat

Nom : .....  
 Né(e) le : ..... Sexe : .....  
 Couleur : ..... Race : .....  
 N°tatouage ou puce (obligatoire) : .....

Si l'animal assuré est un chien :

- **Type de chien** (il s'agit du poids du chien à l'âge adulte selon sa race, liste disponible dans la rubrique DEVIS EXPRESS) :  
 Petit (jusqu'à 9 kg)  Moyen (de 10 à 24 kg)  Grand (de 25 à 40 kg)  Très Grand (+ de 40 kg)

**Formule choisie :**  Vitale  Fondamentale  Intégrale

**Cotisation mensuelle (EUR.)** .....

Date d'effet souhaitée\* : ..... / ..... / .....

\* au plus tôt le lendemain de la réception de la présente demande d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. Les garanties souscrites prennent effet après 60 jours en cas de maladie, après 120 jours en cas d'intervention chirurgicale suite à maladie (formules FONDAMENTALE et INTEGRALE) ou après 30 jours en cas d'accident.

**Attestation sur l'honneur**

- Je déclare que mon animal n'est pas utilisé à des fins professionnelles, n'a pas fait l'objet d'une assurance de même nature résiliée pour sinistre, n'est pas un chien dit de première catégorie (Pitbull, Tosa, Boerbull).
- Je déclare également ne pas avoir résilié une précédente assurance chien chat auprès de Solly Azar pour le même animal.

**Déclaration de bonne santé** (en cas de réponse positive à l'une de ces trois questions, la souscription n'est pas possible)

- 1 - Votre animal a-t-il subi une intervention chirurgicale au cours des 6 derniers mois (autre qu'une chirurgie de convenance telle que la stérilisation) ?  Oui  Non
- 2 - Votre animal est-il atteint d'une maladie chronique ou récidivante (au moins 3 fois la même maladie au cours de la dernière année) ?  Oui  Non
- 3 - Votre animal a-t-il consulté un vétérinaire plus de 2 fois au cours des 3 derniers mois (en dehors des vaccinations préventives) ou est-il actuellement sous traitement ?  Oui  Non

**Paiement**

Je désire payer :  Par chèque .....  annuel uniquement (joindre votre premier règlement à l'ordre de SOLLY AZAR).  
 Par prélèvement .....  annuel  semestriel  trimestriel  mensuel  
 Votre 1er prélèvement interviendra 5 jours après la date d'effet. Merci de remplir la demande de prélèvement ci-après.

Je déclare avoir reçu la notice d'information du contrat réf 2 009 127 / SA 12 09 (téléchargeable dans la rubrique « documents utiles »), valant notamment information précontractuelle ; en avoir pris connaissance, notamment des dispositions mentionnées à l'article « Art 13- Vos possibilités de renonciation ».

Je reconnais avoir été informé(e) que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans ce même article.

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance (au sens des articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances), je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion).

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion du contrat et la date de réception de mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Date de conclusion de l'adhésion : ..... / ..... / .....

Votre signature :

**4patsante.com**

**Formules  
Vitale / Fondamentale / Intégrale**

**Votre demande d'adhésion**



Document à retourner à :

**4patsante.com**

**ELLIPSE courtage**  
6 rue de Paris  
92190 Meudon

## Demande de prélèvement

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. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

**NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR**

**COMPTE À DÉBITER**

CODES		N° de compte	Clé RIB
Établissement	Guichet		
_____	_____	_____	_____

Date :

Signature :

n° national d'émetteur

**NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER**

**386925**



**Solly Azar**  
60, rue de la Chaussée d'Antin  
75439 Paris Cedex 09

**NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT  
TENEUR DU COMPTE À DÉBITER**

**Pensez à joindre votre RIB, RIP ou RICE**