

# Demande de souscription Canisanté

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES



www.canisante.com

## 1 Coordonnées

Souscripteur : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>	Tél. domicile : <input type="text"/>
Nom : .....	Tél. portable : <input type="text"/>
Prénom : .....	Adresse email (1) : .....
Né(e) le : .....	Régime obligatoire : <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Exploitant agricole <input type="checkbox"/> Alsace Moselle
Adresse : .....	Activité : .....
Code Postal : <input type="text"/> Ville : .....	

## 2 Garanties

Date d'effet souhaitée  (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par Canisanté)

Niveau de couverture souhaité :  Formule 50  Formule 80  Formule 100

Nom du (des) animal(aux) à garantir	N° de tatouage ou N° de puce électronique	Sexe de l'animal	Né(e) le	Chien (2)	Chat	Race de l'animal
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	

J'atteste que mes animaux sont à jour de leurs vaccinations et rappels.

J'atteste que mes animaux n'appartiennent pas à un élevage et ne sont pas dressés à la chasse à courre.

**-15% pour le 2<sup>e</sup> animal et suivants(3)**

## 3 Le règlement des cotisations

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible
Mensuelle(4)	<input type="checkbox"/>	impossible

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois .

### Cotisations mensuelles TTC :

1 <sup>er</sup> animal : .....	€
2 <sup>e</sup> animal : .....	€
3 <sup>e</sup> animal : .....	€
4 <sup>e</sup> animal : .....	€
5 <sup>e</sup> animal : .....	€
Cotisation totale : .....	€
Frais de dossier (5) .....	10 €

(1) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

(2) Une majoration de 17% s'applique sur la cotisation des chiens de catégorie 1 ou 2.

(3) Une réduction de 15% s'applique à partir du 2<sup>e</sup> animal, sur la cotisation la moins élevée.

(4) Cotisation minimum pour le paiement par prélèvement automatique : 16 €/ mois

(5) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires de Canisanté afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres.

**"Je demande à souscrire au contrat Assurance santé chiens chats assuré auprès de FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A.**

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales référencées GCC13-09/13, de mes garanties qui sont jointes à cette demande de souscription, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.**

**J'atteste notamment être informé que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de mon contrat, conformément à mes conditions générales, et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les conditions générales.**

**Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de mon contrat initial et référencées ci-dessus.**

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon contrat et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL et les Assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Je suis informé que les destinataires de mes données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de mon contrat sont les collaborateurs d'APRIL Santé Prévoyance ainsi que, toutes autres personnes appelées à connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organismes assureurs, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. La CNIL a autorisé APRIL Santé Prévoyance à procéder à des flux transfrontaliers de données en Tunisie et à l'île Maurice pour les besoins de gestion administrative des dossiers. Cette autorisation garantit un niveau de protection des données équivalent à celui existant en Europe.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques et électroniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et de contrôle qualité et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur. Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances."**

Fait à  le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

CANISANTE  
31 BD JEAN MATHON  
07200 AUBENAS  
Tél : 09 72 38 44 69  
Email : souscription@canisante.com

La signature du Souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"

Référence Unique de Mandat : (Ne pas compléter)

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR85ASP423146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

69439 LYON CEDEX 03

Veillez compléter l'ensemble des champs marqués\*

Votre nom\* : .....

Votre prénom\* : .....

Adresse\* : .....

Code Postal\* :  Ville\* : .....

Pays\* : .....

Les coordonnées de votre compte\* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement\* :  Paiement récurrent

Paiement ponctuel

Signé à\* : .....

Date\* :  /  /

Signature(s)\* : .....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à Canisanté - 31 BD JEAN MATHON - 07200 AUBENAS.

## COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT ASSURANCE SANTÉ CHIENS CHATS ?

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...), <sup>1</sup>
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent et indiquez les animaux à garantir, <sup>2</sup>
- C. Remplissez la partie <sup>3</sup> relative au paiement,
- D. Dated et signez le document,
- E. Joignez à votre demande de souscription :
  - un relevé d'identité bancaire,
  - votre formulaire de mandat SEPA.
- F. Conservez vos conditions générales.

J'envoie le tout par courrier à **CANISANTÉ**  
31 boulevard Jean Mathon - 07200 AUBENAS

## ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par CANISANTÉ.  
La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception par CANISANTÉ, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande de souscription, CANISANTÉ vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

- vos conditions particulières
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)



CANISANTÉ  
31 boulevard Jean Mathon  
07200 AUBENAS  
[www.canisante.com](http://www.canisante.com)

Société de courtage en assurance au capital de 5 000 €, Canisante est une marque de la S.A.R.L. PROFINASSUR immatriculée au RCS d'AUBENAS sous le n° 802149776 dont le siège est situé au 31 boulevard Jean Mathon 07200 Aubenas.  
Société inscrite à l'ORIAS sous le n° 08 040 624 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) et soumise au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.



**Faites confiance au spécialiste**

**CANISANTÉ**  
31 boulevard Jean Mathon - 07200 AUBENAS