

4 formules

pour protéger au mieux la **santé** de votre animal de compagnie



FR = Frais Réels	Formule VITALE	Formule FONDAMENTALE	Formule INTÉGRALE	Formule INTÉGRALE +
Soins garantis				
Frais médicaux courants : ⇒ Consultations, visites de vétérinaire	-	50 % FR	75 % FR	100 % FR
Frais d'intervention chirurgicale : ⇒ Honoraires du vétérinaire ⇒ Soins	100 % FR	50 % FR	75 % FR	100 % FR
Capital décès*	-	-	-	300 €
Prévention**	-	-	30 € / an	60 € / an
Franchise	20 % (maxi 50 €/facture)	-	10 % (maxi 50 €/facture)	20 % (maxi 75 €/facture)
Plafond annuel de garanties	1 500 €	1 500 €	2 200 €	2 500 €
Assistance : ⇒ Prise en charge des frais obsèques/incinération ⇒ Frais de pension en cas d'hospitalisation imprévue du maître pendant + de 48 H ⇒ Services téléphonique d'information et de conseils : alimentation, conditions sanitaires en cas de voyage, adresses de toiletteurs, hôtels...	Jusqu'à 150 € Oui	Jusqu'à 300 € Oui	Jusqu'à 300 € Oui	Jusqu'à 300 € Oui

Délais d'attente :

⇒ Accident : 2 jours

⇒ Maladie⁽¹⁾ : 45 jours

⁽¹⁾ garantie accordée après 120 jours en cas d'intervention chirurgicale sur les formules FONDAMENTALE, INTÉGRALE et INTÉGRALE+.

* **Capital décès** : la garantie cesse à l'échéance anniversaire suivant le 8^{ème} anniversaire de l'animal. Le capital est versé sur réception d'un certificat de décès établi par un vétérinaire moyennant un délai de carence de 2 ans.

** **Prévention** : vaccination, vermifuge, stérilisation, traitement antiparasitaire, puce électronique, bilan de santé, détartrage, compléments alimentaires.

Les **+** assurchienchat.fr



Exemple

Mila, 6 ans, a avalé un os de poulet qui a entraîné une occlusion intestinale et une intervention chirurgicale d'urgence.

Grâce à la formule Intégrale +, son maître a été remboursé de 675 € sur les 750 € de frais.

www.assurchienchat.fr

01 41 05 40 35
Touche «1» service commercial

Du lundi au vendredi de 9h30 à 18h00
52 rue Marius AUFAN - 92300 Levallois-Perret



Nos tarifs

(Tarifs du 14/03/2016 sous réserve de modifications)



Souscription ouverte aux animaux âgés de plus de 3 mois et moins de 8 ans

Formule VITALE

Tarifs pour un Chien ou un Chat

Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
10,93 €	29,80 €	58,10 €	114,69 €

Formule FONDAMENTALE

Chien	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
Petit*	18,12 €	50,35 €	98,70 €	195,40 €
Moyen*	19,47 €	54,40 €	106,81 €	211,61 €
Grand*	20,73 €	58,18 €	114,37 €	226,73 €
Très grand*	22,07 €	62,21 €	122,42 €	242,84 €
Chat	16,61 €	45,84 €	89,69 €	177,37 €

Formule INTÉGRALE

Chien	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
Petit*	24,81 €	70,43 €	138,87 €	275,73 €
Moyen*	27,64 €	78,91 €	155,83 €	309,65 €
Grand*	29,26 €	83,78 €	165,56 €	329,11 €
Très grand*	31,73 €	91,19 €	180,38 €	358,76 €
Chat	21,74 €	61,22 €	120,45 €	238,89 €

Formule INTÉGRALE +

Chien	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
Petit*	40,24 €	116,72 €	231,44 €	460,87 €
Moyen*	43,78 €	127,33 €	252,67 €	503,33 €
Grand*	43,49 €	126,47 €	250,94 €	499,88 €
Très grand*	46,80 €	136,40 €	270,80 €	539,59 €
Chat	32,96 €	94,88 €	187,76 €	373,51 €

* Il s'agit du poids à l'âge adulte.

Pour les chiens croisés prendre la race dominante.

Petit Chien : jusqu'à 9 kg (ex : Bichon, Yorkshire)

Moyen Chien : de 10 à 24 kg (ex : Épagneul, Cocker)

Grand Chien : de 25 à 40 kg (ex : Labrador, Berger)

Très Grand Chien : + de 40 kg (ex : Rotweiller)

Liste complète disponible auprès de assurchienchat.fr (groupe Peyrac).

www.assurchienchat.fr



DEMANDE D'ADHÉSION

VOUS

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

VOTRE ANIMAL ASSURÉ

CHIEN CHAT

Nom :

Né(e) le : Sexe :

Couleur : Race :

N° tatouage ou puce :

(obligatoire)

TYPE DE CHIEN* à ne remplir que si l'animal assuré est un chien
(Souscription non ouvrable aux chiens de 1^{ère} catégorie)

- Petit (jusqu'à 9 kg) Moyen (de 10 à 24 kg)
 Grand (de 25 à 40 kg) Très Grand (+ de 40 kg)

* Il s'agit du poids du chien à l'âge adulte selon sa race
(liste disponible auprès d'assurchienchat.fr).

FORMULE (choisir une seule formule)

- VITALE** **INTÉGRALE**
 FONDAMENTALE **INTÉGRALE +**

Date d'effet souhaitée** : / /

(Entre J +1 et J +60)

** Au plus tôt le lendemain de la réception de la présente demande
d'adhésion, sous réserve de paiement de la première prime.

Les garanties souscrites prennent effet après 45 jours en cas de
maladie, après 120 jours en cas d'intervention chirurgicale suite à une
maladie (formules FONDAMENTALE, INTÉGRALE et INTÉGRALE+) ou après 2 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 Peyrac/Assurchienchat.fr et Gestion chiens chats SA pour le même animal.

La prise d'effet du contrat est subordonnée à la signature des conditions particulières après que l'assuré ait pris connaissance de la notice d'information.

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ*

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
4. Votre animal est-il utilisé à des fins professionnelles ? Oui Non
5. Avez-vous fait l'objet d'une résiliation par un assureur durant les 36 derniers mois ? Oui Non

* En cas de réponse positive à l'une de ces 5 questions, merci de nous contacter par téléphone.

PAIEMENT DE VOS COTISATIONS PAR PRÉLÈVEMENT

Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

Date de prélèvement souhaitée :

Le 6 du mois de l'échéance Le 11 du mois de l'échéance

Votre 1^{er} prélèvement interviendra 5 jours après la date d'effet. Nous vous remercions de nous retourner un RIB. Un mandat SEPA vous sera transmis ultérieurement. Je déclare avoir pris connaissance de la présente demande d'adhésion et avoir reçu et conservé, préalablement à mon adhésion, l'information précontractuelle prévue par l'article L 112-2 du Code des Assurances ainsi que la notice d'information réf NI 2 009 127 / SA 03 16 relatives aux garanties choisies.

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 de la notice d'information sus-visée. 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 de 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. Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection et animations commerciales. Conformément à la loi n°78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n°2004-801 du 06.08.04 "informatique et libertés", vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en nous adressant un courrier. Vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique d'Opposetel. Pour de plus amples informations nous vous invitons à vous reporter à la notice d'information.

Ces informations pourront également être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires dans le cadre des finalités énoncées précédemment.

Date de la demande d'adhésion : / /

Signature :

Document à retourner à assurchienchat.fr/groupe Peyrac (avec votre RIB)
au 52 rue Marius AUFAN - 92300 Levallois-Perret

Sarl au capital de 20 000 € R.C.S. NANTERRE B 493 444 665
N°Orias : 07 024 237 - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat :

Contrat SANTE N°

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GESTION ASSURANCES SA - PEYRAC figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GESTION ASSURANCES SA - PEYRAC.

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. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

VOTRE NOM ET PRÉNOM

VOTRE ADRESSE

.....
Numéro et nom de la rue

.....
Code postal Ville

Coordonnées de votre compte

.....

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

.....

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

.....
Créancier GESTION ASSURANCES SA - PEYRAC
75439 Paris cedex 09

.....
FR98ZZZ386925

.....
Identifiant Créancier SEPA, destinataire du paiement

Type de paiement : Récurrent

Signé à : Le :

Signature :

Pour toute modification ou révocation du présent mandat, vous pouvez, en précisant la référence unique de mandat, vous adresser à :
GESTION ASSURANCES SA - PEYRAC - 75439 Paris cedex 09