ASSURANCE CHIENS CHATS
Demande de souscription

CAD1-N214

Répondez dès aujourd'hui pour bénéficier de votre mois d'assurance GRATUIT

1) **Inscrivez vos coordonnées ci-dessous :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

☐ **OUI, je souhaite souscrire au contrat ASSURANCE CHIENS CHATS et profiter immédiatement de tous ses avantages.** Je vous demande l'exécution intégrale du contrat à compter de sa conclusion. J'ai bien noté que je serai assuré(e) 1 mois à vos frais et que j'ai 60 jours pour revenir sur ma décision en utilisant le modèle de lettre qui me sera founie avec mon Dossier Personnel. Dans ce cas, si une cotisation mensuelle a déjà été prélevée, elle me sera intégralement remboursée.

2) **Informations vous concernant**

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Téléphone : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Profession : ..... Email : ..... @.....

3) **Votre contrat** (cochez les cases correspondantes)

1 Choisissez votre formule	☐ **Economique**	☐ **Intégrale**
2 Choisissez le montant maximum annuel de vos remboursements	☐ **850 €** ☐ **1350 €**	☐ **850 €** ☐ **1350 €**

4)

	Nom	Date de naissance	Numéro de tatouage	Chien Chat	Sexe M/F	Race
1er Animal						
2eme Animal						

-10 %
sur la cotisation de votre 2eme animal

J'ai bien noté que ma souscription au contrat Assurance Chiens Chats du CSF prendra effet dès réception par vos soins de la présente Demande de Souscription dûment complétée et signée. J'ai pris connaissance de l'extrait des Conditions Générales valant note d'information (réf. CAD1) et du tableau des cotisations. Je déclare les accepter expressément. Je certifie qu'aucune assurance santé pour l'animal ci-dessus n'a pas été résiliée par vous-même ou un autre assureur dans les 24 derniers mois et être informé qu'une fausse déclaration intentionnelle, une omission ou inexactitude de ma part entraînera la nullité du contrat ou la réduction des garanties conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

Date et Signature **(5**

Conformément à l'article 32 de la loi n° 17-78 du 6/01/1978 dite "Informatique et Libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 6/08/2004, les informations à caractère personnel recueillies sur le bulletin de souscription sont obligatoires. Ces informations sont nécessaires à l'exécution du contrat et font l'objet d'un traitement informatisé par l'Assureur. Elles sont destinées au Crédit Social des Fonctionnaires et à SwissLife Assurances de Biens, et à leurs mandataires et prestataires. Le C.S.F. pourra adresser des offres sur ses produits et services, sauf opposition de la part de l'Adhérent. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de verrouillage de ces informations auprès du C.S.F. et de Swiss Life (en vous adressant à : Swiss Life - Vente directe et Partenariats - 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08).

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° D'EMETTEUR 105 759

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR **(6**

SwissLife Assurance et Patrimoine
Siège spécial pour la France
86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08

IMPORTANT : merci de remplir les cases 1 et 2, de votre Autorisation selon les instructions mentionnées ci-jointes. Swiss Life la transmettra à l'Etablissement teneur du compte à débiter.

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

1 NOM ET ADRESSE POSTALE DE VOTRE BANQUE (ou C.C.P.)

Banque ou C.C.P. .....

Adresse : .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Votre numéro de compte

Etablissement	Guichet	Numéro de compte	Clé RIB

2 SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

A ..... le .....

SIGNATURE :