

CERTIFICAT VÉTÉRINAIRE – TRANSFERT CONTRAT D'ASSURANCE

- ✓ Votre animal est en bonne santé, a moins de 5 ans et est déjà assuré auprès d'une autre compagnie ?
- ✓ Faites compléter ce certificat par votre vétérinaire traitant et transférez votre contrat chez Animaux Santé avec des **délais de carences réduits à 48h**, selon les formules souscrites et conformément aux conditions générales.
- ✓ A l'exception de toutes les maladies chroniques ou héréditaires ou accidents et séquelles d'accident survenus ou constatés avant la souscription de votre contrat, votre animal bénéficiera de tous les avantages Animaux Santé, selon les formules souscrites et conformément aux conditions générales.

LES COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE :

☐ M. ☐ Mme Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. : _____

Email : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

J'autorise le vétérinaire, indiqué ci-dessous, signataire du certificat vétérinaire de mon animal, à transmettre mes coordonnées et toutes informations relatives à la santé de celui-ci à Animaux Santé dans le but exclusif de recueillir les informations nécessaires à la couverture de son contrat d'assurance. J'autorise à cet effet Animaux Santé à contacter le vétérinaire signataire indiqué ci-dessous. En vertu de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et de la Loi pour la Confiance en l'Economie Numérique du 21 juin 2004, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données personnelles me concernant en adressant un courrier à : FINAXY SANTE ANIMALE 74- 78 rue Anatole France 92300 LEVALLOIS-PERRET.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____ Signature du propriétaire

LA DÉCLARATION DU VÉTÉRINAIRE :

☐ Je suis le vétérinaire en charge du suivi santé de cet animal depuis au moins 6 mois

Nom de l'animal : _____

Espèce : ☐ Chien ☐ Chat Genre : ☐ M ☐ F

Race : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de puce électronique : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ou N° de tatouage : ____ - ____ - ____ - ____

Je soussigné _____, Docteur Vétérinaire, inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro (*) : _____, certifie avoir examiné l'animal ci-dessus identifié le ____/____/____, et signalé sur le présent certificat de santé tout signe apparent ou à ma connaissance de maladie chronique ou héréditaire, séquelle ou anomalie visible ou connue sur cet animal.

Signature du Vétérinaire

ANTÉCÉDENTS :

Points à surveiller

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Aspect général | ☐ Peau, poils | |
| ☐ Oreilles | ☐ Yeux | |
| ☐ Gauche | ☐ Gauche | |
| ☐ Droite | ☐ Droite | |
| ☐ Syst. Cardiaque | ☐ Syst. Digestif | ☐ Syst. Locomoteur |
| ☐ Syst. Nerveux | ☐ Syst. Respiratoire | ☐ Syst. Uro-génital |

Observations : _____

- ☐ **Rien à signaler** : l'animal est en bonne santé, sans maladie chronique ou héréditaire ou accident et séquelle d'accident ou anomalie visible ou connue.

EXAMEN CLINIQUE DE CE JOUR :

Points à surveiller

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Aspect général | ☐ Peau, poils | |
| ☐ Oreilles | ☐ Yeux | |
| ☐ Gauche | ☐ Gauche | |
| ☐ Droite | ☐ Droite | |
| ☐ Syst. Cardiaque | ☐ Syst. Digestif | ☐ Syst. Locomoteur |
| ☐ Syst. Nerveux | ☐ Syst. Respiratoire | ☐ Syst. Uro-génital |

Observations : _____

- ☐ **Rien à signaler** : l'animal est en bonne santé, sans maladie chronique ou héréditaire ou accident et séquelle d'accident ou anomalie visible ou connue.

CACHET DU VÉTÉRINAIRE

Les conditions d'utilisation du certificat de santé sont définies dans les Conditions Générales disponibles sur www.animauxsante.com. Ce certificat est valable 15 jours après la date de l'examen clinique. Pour bénéficier de la réduction de délai de carence à 48 heures, il doit être transmis par courrier à ANIMAUX SANTE, 74- 78 rue Anatole France 92300 LEVALLOIS-PERRET.



Formules
tous risques

-20%

sur la 2ème
formule



Remboursement
sous 72h

0€

Pas
de franchise



Garantie à vie



Tarification
unique

EN OPTION : responsabilité civile pour votre chien.