



Mon Gustave
le comparateur #malin



Assurance Animaux

Feuille de soins animaux

Comparez les offres

www.mongustave.fr

- Toute déclaration doit être adressée dans les **5 JOURS** suivants l'accident ou la maladie à l'adresse suivante :



ECA-Assurances

Santé des Animaux

BP 80531

75428 PARIS Cedex 09

- Accompagnée des factures originales.
- Accompagnée de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie de votre animal.

ATTENTION :

L'animal doit être identifiable sur chaque facture originale jointe (numéro de tatouage ou de puce électronique pour les chiens, chats et furets). ECA-Assurances se réserve le droit, par l'intermédiaire de son vétérinaire conseil, de consulter votre vétérinaire traitant pour tout renseignement complémentaire.

- Pour toutes informations complémentaires, nos conseillers restent à votre disposition



Par téléphone du lundi au jeudi de 9h à 20h, le Vendredi de 9h à 19h et le samedi de 10h à 18h au **N° Indigo 0 826 000 418** 0,15€ TTC / MIN



Par fax au **01 56 02 35 47**



@ Par e-mail à relationsclients@eca-assurances.com

Garanties commercialisées par ECA-Assurances • 53, rue La Fayette • BP 80531 • 75428 PARIS Cedex 09

SA au capital de 250.000 € • R.C.S. PARIS B 402 230 276 • Code APE 672 Z • N° ORIAS 07 002 344

RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du code des assurances

Garanties accordées par AVANSSUR SA • 163/167 Avenue Georges Clemenceau • 92742 NANTERRE

SA au capital de 30 095 239,54 € • RCS NANTERRE B 378 393 946

Entreprises régies par le code des assurances et soumises au contrôle de l'ACAM • 61, rue Taitbout • 75436 PARIS cedex 09

- Toute déclaration doit être adressée dans les **5 JOURS** suivants l'accident ou la maladie.

À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE

IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE

N° contrat : | | | | | | | | | |

Formule souscrite : ☐ Réduite ☐ Confort ☐ Complète

Nom du souscripteur (en capitales d'imprimerie) :

Prénom :

Adresse :

Localité :
Code postal : | | | | |

IDENTIFICATION DE L'ANIMAL

☐ Chien ☐ Chat ☐ Furet ☐ Lapin ☐ Cochon d'inde ☐ Hamster ☐ Rat

Sexe : ☐ Male ☐ Femelle

Nom de l'animal : Race :

N° de tatouage ou de puce électronique⁽¹⁾ : | | | | | | | | | |

[illegible]

Circonstances de l'accident :

L'animal a-t-il été malade ? ☐ Oui ☐ Non Date d'apparition des premiers symptômes : | | | | | | | | | |

Motif de consultation :

J'atteste sur "honneur" l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date: | | | | | | | | | |

Signature :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

R remplissez le présent formulaire après avoir demandé à votre vétérinaire traitant et le cas échéant au pharmacien ou à votre fournisseur de porter au dos les indications demandées.

Pour que nous procédions au règlement de vos remboursements garantis, adressez ce formulaire accompagné de toutes les pièces relatives à l'accident ou à la maladie de votre animal (justificatifs originaux des factures détaillées...) à ECA-Assurances, Santé des Animaux, BP 80531, 75428 PARIS Cedex 09.

