


# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR 2024



<sup>(1)</sup> Sous réserve de remplir les conditions de l'offre, de certifier l'exactitude des informations reportées sur la présente déclaration et de renvoyer les documents listés ci-après.

## Identifiez les aliments concernés par cette offre :

- Aliments présentant le logo 
- Aliments Multifonction avec la fonction URINARY.
- Aliments de la gamme ROYAL CANIN® Individualis formulés pour contribuer à la bonne santé urinaire.



### Aliments physiologiques\* :

Neutered Satiety Balance, Neutered Balance, Neutered Maintenance, Adult, Dental, Calm, Mature Consult Balance, Mature Consult.

### Aliments diététiques :

Urinary S/O, Urinary S/O Moderate Calorie, Anallergenic, Hypoallergenic, Sensitivity Control, Skin & Coat, Diabetic, Satiety Weight Management, Gastrointestinal, Gastrointestinal Moderate Calorie, Gastrointestinal Hairball, Gastrointestinal Fibre Response, Hepatic, Early Renal, Mobility, Urinary + Calm, Urinary + Hypoallergenic, Urinary + Satiety ou un aliment de la gamme ROYAL CANIN® Individualis formulé pour contribuer à la bonne santé urinaire.



### Aliments physiologiques\* :

Calm small dogs, Mature Consult mousse.

### Aliments diététiques :

Urinary S/O, Urinary S/O Moderate Calorie, Urinary S/O small dogs, Gastrointestinal Low Fat Small Dogs, Hypoallergenic small dogs, Skin Care small dogs, Diabetic low carbohydrate, Satiety Weight Management mousse, Satiety Weight Management small dogs, Urinary + Hypoallergenic, Urinary + Satiety ou un aliment de la gamme ROYAL CANIN® Individualis formulé pour contribuer à la bonne santé urinaire.

## Liste des documents à fournir :

- Déclaration sur l'honneur intégralement remplie co-signée par le vétérinaire et le propriétaire.  
**Retrouvez cette déclaration sur [www.wikichat.fr/atout](http://www.wikichat.fr/atout)**
- Les factures originales pour l'achat de l'aliment ROYAL CANIN® porteur du logo **S/O INDEX** ou un aliment Multifonction comportant la fonction URINARY (cf. liste des produits concernés ci-dessus) ou un aliment de la gamme ROYAL CANIN® Individualis formulé pour contribuer à la bonne santé urinaire en surlignant les dates d'achats des aliments.
- Les factures originales des frais vétérinaires.
- Votre RIB/RIP contenant l'IBAN pour procéder au virement.

En participant, vous consentez à ce que les informations collectées vous concernant soient enregistrées par ROYAL CANIN® et destinées à son prestataire Sogec Gestion pour la gestion de l'opération. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire à la finalité du traitement + 6 mois.

Conformément à la réglementation Européenne des Données Personnelles du 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en renvoyant votre message à l'adresse ci-dessous en justifiant de votre identité : ROYAL CANIN - Désabonnement - Service Consommateurs CS 10309 - 30470 AIMARGUES.

Les données vous concernant sont exclusivement traitées par Royal Canin France dans le cadre de la présente opération, et le cas échéant, après accord de votre part, pour vous communiquer des conseils et offres de ROYAL CANIN®.

\*Aliments complets



# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR 2024



<sup>(1)</sup> Sous réserve de remplir les conditions de l'offre, de certifier l'exactitude des informations reportées sur la présente déclaration et de renvoyer les documents listés ci-après.

Merci d'écrire en lettres capitales et de cocher les cases correspondantes.  
Les champs marqués d'un astérisque doivent obligatoirement être renseignés.

Je, soussigné(e) :  M  Mme  Mlle

Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

E-mail\* : \_\_\_\_\_

L'animal :

Nom\* : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification\* : \_\_\_\_\_

Espèce : Chien  Chat  Sexe : F  M  stérilisé  Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

## Certifie

1-Que mon animal identifié ci-dessus est suivi régulièrement par le Dr\* \_\_\_\_\_

À la clinique vétérinaire\* \_\_\_\_\_

2-Que celui-ci a diagnostiqué\*  
des sablozes  et/ou des calculs urinaires de struvite ou d'oxalate  et/ou des cristaux  et/ou une cystite idiopathique

3-Que mon animal a donc dû faire l'objet de soins vétérinaires à la date suivante\* : \_\_\_\_\_

4-Alors qu'il était nourri exclusivement avec un aliment présentant le logo **S/O INDEX** sur l'emballage ou un aliment Multifunction comportant la fonction URINARY ou un aliment de la gamme ROYAL CANIN® Individualis formulé pour contribuer à la bonne santé urinaire, identifié ci-après et ce, depuis au moins 60 jours (entre la date d'achat et la date des soins vétérinaires).



5-Aliment recommandé (noter le nom de l'aliment indiqué sur le cartouche en majuscule)\* : \_\_\_\_\_

## Je demande donc le remboursement

des frais vétérinaires nécessaires pour les soins mentionnés au **point numéro 3** ci-avant  
(dans la limite de 250 € TTC) que je recevrai sous 6 à 8 semaines par virement.

Soit un total de : \_\_\_\_\_ € TTC

Pour ce faire, j'envoie la présente déclaration intégralement remplie et **suffisamment affranchie**   
ainsi que l'ensemble des pièces justificatives avant le 31/01/2025 à l'adresse suivante (cachet de la poste faisant foi) :

**OPÉRATION ATOUT S/O INDEX 2024 – FE35**  
SOGEC GESTION • 91973 COURTABŒUF Cedex

Fait à : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et signature du propriétaire attestant sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_

Certifie avoir soigné :

Nom de l'animal : \_\_\_\_\_

Pour le diagnostic mentionné ci-avant et

pour un montant de : \_\_\_\_\_ €

Fait à : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et signature du vétérinaire attestant sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.