

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



(AdP Senior 2)

Attestation non-fumeur

Nom Prénom

Assuré Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Je déclare sur l'honneur, ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 10 ans sans que cet arrêt ne m'ait été demandé expressément par le corps médical.

De plus, je m'engage à informer l'assureur si je recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

L'assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article 113-8 du Code des Assurances.

Fait à : Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

**Signature de l'Assuré
précédée de la mention "lu et approuvé"**



Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr