

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



H A B I T A T

Assurance de Prêt



AdP Solution

Risques spéciaux

Pour les emprunteurs
qui ont des difficultés à s'assurer

Demande de Tarification - 2005/2006



- Adhésion possible jusqu'à 70 ans en Garantie Décès
- Capital maximum assuré en ITT/IPT : 310 000 euros
- Services "Confiance" : déménagement, travaux et Télésurveillance
- Une tarification sur mesure pour : les maladies aggravées, les professions dangereuses et les sports à risques
- Capital de 15 000 à 1 220 000 euros



Demande de tarification

P.R.E. 4 1 0 1
000E0F4B

L'assurance de prêt risques spéciaux

n° de l'assureur-conseil _____

fax transmis le _____ n° adhérent _____

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances OUI NON

MERCI DE COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Cachet et visa de l'assureur conseil

C: COURTAGE
17 Villa du Petit Parc - 94000 CRETEIL
Tél. : 01 45 17 68 68

Adhérent (si différent de l'Assuré)

Raison sociale/Nom : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

ASSURÉ M. Mme Mlle

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance _____

Statut : Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale Non cadre Commerçant / Artisan Exploitant agricole Autres : _____

Profession exacte : _____ Secteur d'activité : _____

Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - 15 000 km/an + 15 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ? Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ? Oui Non

Contrat de travail : CDI CDD Intérimaire / Saisonnier <1/2 temps

Adresse actuelle : _____ Code Postal _____ Ville : _____

E-mail : _____ Téléphone domicile _____ Portable _____

Date prévue de déménagement : _____

Adresse future : _____ Code Postal _____ Ville : _____

Caractéristiques du prêt Date de début de l'assurance (Date de signature de l'offre de prêt) : _____ Date du 1^{er} remboursement : _____

Si non connue, la fixer une quinzaine de jours avant la date présumée de la signature de l'offre de prêt.

Montant du Prêt	Durée totale de Prêt (inclus période de différé ou d'anticipation)	Type de taux	Taux d'intérêt
_____ Euros	_____ Mois	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable	_____ %

Si périodicité de remboursement du prêt autre que mensuelle, précisez : _____

Type de prêt : Classique Crédit Bail In Fine Modulable Prêt Relais Prêt à paliers

Prêt à intérêts capitalisés Débloquages successifs Europlan Autre : _____

Date de débloquage des fonds : _____

Différé d'amortissement ou période d'anticipation : Non Oui Nombre de mois : _____

Organisme prêteur :

Nom : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____

Ville : _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire (exemple mis à disposition sur Intrapril) :

Caractéristiques de l'assurance

	Taux de couverture DC/PTIA ⁽¹⁾ (DC)	Taux de couverture ITT/IPT ⁽²⁾ (AT)
Couverture du prêt	_____ %	_____ %

⁽¹⁾La garantie PTIA ne peut être souscrite au delà de 60 ans à l'adhésion.
⁽²⁾Si le différé d'amortissement est compris entre 6 à 24 mois avec des échéances non régulières, la garantie ITT/IPT ne peut être souscrite..

Paiement par prélèvement automatique

Périodicité : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Indiquer le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois _____.

Frais d'échéance : 2,29 € par échéance
Frais de dossier : 45,73 €

Je verse un chèque d'acompte d'un montant de (45 € minimum) _____ € à l'ordre d'APRIL Assurances.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA pour les garanties Assurance de prêt.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées PREA 05-08/05, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin, 69003 Lyon.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne. Je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en envoyant un courrier à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 LYON cedex 03, étant entendu que chaque enregistrement est conservé au maximum deux mois.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances.

Fait à : _____
Date _____

La signature de l'Adhérent
précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature de l'Assuré
précédée de la mention "lu et approuvé"



Je joins à mon envoi

- **Ma demande d'adhésion** : remplie, datée et signée
- **Mon autorisation de prélèvement** : remplie et signée
- **Mon relevé d'identité bancaire ou postal**
- **Mon chèque d'acompte** : à l'ordre d'APRIL Assurances
- **Les justificatifs médicaux...**

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- **Le guide de l'assuré (informations pratiques)**
 - **Votre carte avec votre numéro d'assuré**
 - **Votre certificat d'adhésion**
- **Votre avis d'échéance (situation de votre compte)**



Voir au dos l'autorisation de prélèvement à remplir et signer.



APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion d'assurances de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs.

Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

(0,23 € TTC/min)

Habitat

Solutions d'assurances de prêt, offre de crédit.

Tél. 0 891 46 6000

(0,23 € TTC/min)

Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

Notre engagement Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- 94 % de nos assurés sont satisfaits des produits et services APRIL Assurances*,
- 96 % de nos assureurs-conseils recommanderaient APRIL Assurances à un confrère**.



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

Les filiales d'APRIL Assurances



Solutions d'épargne, de retraite et de défiscalisation.



Solutions d'assurances à l'étranger.



Solutions d'assurances automobile et habitation.

Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- Division d'APRIL Group, coté au second marché de la bourse de Paris,
- Près d'1 million d'assurés à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 550 collaborateurs,
- 11 400 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil

C: COURTAGE
17 Villa du Petit Parc
94000 CRETEIL
Tél. : 01 45 17 68 68



Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE DIVISION D'APRIL GROUP