



Demande de tarification 2010

Assurance de Prêt Solutions

[des solutions] sur mesure pour les emprunteurs



***Une tarification sur mesure
pour les risques spécifiques de
santé, professionnels et sportifs***

Demande de tarification

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

PRE 4401

N° de l'assureur-conseil n° adhérent

Fax transmis le Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances ? Oui Non

Adhérent (si différent de l'Assuré)

Raison sociale/Nom : Pays :

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) : - 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ? ⁽¹⁾ 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

Travail et/ou déplacements à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)
 Oui Pays :
 Non

Adresse actuelle : Code Postal : Ville : Pays :

Email ⁽²⁾ : Tél. domicile Tél. Portable

Date approximative de déménagement :

Adresse future : Code Postal : Ville : Pays :

(1) Toutes activités de manipulations et/ou de déplacement d'objets/marchandises réputés lourds et dangereux exercées régulièrement dans votre travail
(2) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse email. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Caractéristiques du (des) prêt(s) : **Date de début de l'assurance** (date de signature de l'offre de prêt) :

(Si non connue, la fixer quinze jours avant la date présumée de l'offre de prêt)

Objet du financement : Résidence principale Prêt professionnel Prêt à la consommation Autres

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 :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

Caractéristiques de l'assurance

	Emprunteur	Caution	Taux de couverture DC/PTIA ⁽³⁾ (DC)	Taux de couverture ITT/IPT ⁽⁴⁾ (AT)
Prêt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%
Prêt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%
Prêt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%

(3) La garantie PTIA ne peut être souscrite au delà de 60 ans à l'adhésion.
(4) Franchise unique de 90 jours
Garantie ITT/IPT impossible :
- si le différé d'amortissement est supérieur à 36 mois,
- si résidence hors France continentale.

Exemplaire Assuré

Pour les cautions uniquement merci d'indiquer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s)

- Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.
- Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) :
à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.
- Prêteur mentionné page 2.

Païement par prélèvement automatique

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Frais d'échéance : 2,29 euros par échéance

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

Frais de dossier : 45 euros

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

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

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PRA 10-04/10, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de 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 - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Assurances par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme de gestion professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et 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.

Fait à : Date :

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

X

La signature de l'Assuré (si différent de l'Adhérent) précédée de la mention "lu et approuvé"

X

Caché et visa de l'assureur-conseil

Nom et e-mail de la personne en charge du dossier :
B&B COURTAGE
156 Rue du 4 Août 1789
La Madeleine
69100 VILLEURBANNE
Email : bb:courtage@orange.fr

Tél. :

[Nouveau]

Pour vous assurer une tarification dans les plus brefs délais, vous pouvez joindre à votre demande de tarification le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) et les justificatifs médicaux (cf. Vos garanties, page 4). Tous les questionnaires complémentaires sont disponibles en téléchargement sur intrapril et april.fr (page assurance de prêt).

Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

Nom et prénom de l'adhérent principal : N° assureur-conseil :

Date de naissance

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03

A compléter obligatoirement Le débiteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date : Signature :

Le compte à débiter

Codes

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).



Questionnaire de santé

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

N° adhérent

Assuré(e)		Nom :		Prénom :	
Date de naissance :					
Poids : en kg		Taille : en cm		Tension artérielle : /	
1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail, ou au cours de ces trois dernières années avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motif ? Date début <input type="text"/> Date fin <input type="text"/>	
2	Avez-vous fait l'objet d'une reconnaissance d'invalidité même partielle ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motif ? Taux ou catégorie ? Durée ?	
3	Etes-vous pris(e) en charge à 100% pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Motifs	
4	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lequel ?	
5	Avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) ou avez-vous été hospitalisé ces dix dernières années pendant plus de 10 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nature : Séquelles ?	
	Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie, ...) au cours des 6 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser : Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques	
6	Avez-vous été au cours des cinq dernières années ou devez-vous être hospitalisé(e) pour une convalescence, une cure, une rééducation ou un séjour en stations thermales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nature ? Durée ?	
7	Avez-vous été victime d'un accident corporel ? Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date <input type="text"/> Nature des blessures ou lésions initiales : Séquelles actuelles :	
8	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :			Si oui à des questions, précisez :	
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artérite, angor...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nature exacte :	
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	- Pulmonaire (asthme, bronchite chronique...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	- Endocrinienne (diabète, thyroïde...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date du diagnostic : <input type="text"/>	
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou articulations, musculaire ou ligamentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Traitement :	
	- Digestive ou intestinale (ulcère, hépatite, maladie de Crohn...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
- Gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
- Du sang (hémophilie, phlébite...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
- Ophtalmologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
- ORL (surdité, infections, infections récidivantes...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Evolution :		
- Autres maladies : cancéreuses, congénitales, héréditaires, infectieuses, ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....	
Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et / ou de consultation spécialisée					
9	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Date ? <input type="text"/>	
10	Avez-vous subi un examen :			Date du premier examen ? <input type="text"/>	
	- biologique (sanguin ou urinaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Résultat :	
	- radiologique (radiographie, IRM, Scanner, au autre) - autre investigation (électrocardiogramme, électroencéphalogramme...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
	Devez-vous subir des examens médicaux au cours des 6 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Merci de joindre la copie des résultats des examens effectués Si oui, précisez :	
11	Habitudes de vie :			Si oui, quantité journalière :	
	- Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? - Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	.....
12	a- Pratiquez-vous un sport dans le cadre de compétition amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération et/ou d'un club ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) :	
	b- Pratiquez-vous, même en qualité d'amateur, un sport figurant dans la liste des sports "spécifiques" * indiquée en page 6 de ce document ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) :	
				En compétition : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Signature de l'Assuré
X
Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Fait à : Date :

Questionnaire professionnel

N° adhérent

En cas de risque professionnel, merci de répondre également au questionnaire de santé complet.

Nom :		Prénom :		Age :		
1	Quel est l'intitulé de votre poste ?					
2	Dans quel secteur d'activité travaillez-vous ? Préciser votre statut : <input type="checkbox"/> personnel civil <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle <input type="checkbox"/> Autre : à préciser :					
3	Veuillez décrire vos tâches : a) b)					
4	Quel est votre lieu de travail (dans un bureau, à l'extérieur, en usine etc.) ?					
5	Quelles machines faites-vous fonctionner ?					
6	Etes-vous exposé(e) à des conditions de travail difficiles (poussière, radiations, amiante...)? Si oui, veuillez fournir les informations complètes				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7	Avez-vous besoin d'une licence ou d'un permis particulier pour effectuer votre travail (comme le permis de conduire, etc.) ou d'un certificat d'aptitude ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8	Vos activités professionnelles comportent-elles : - des travaux en zones portuaires, en mer, souterrains, en hauteur ou sur pylônes ? Si oui, précisez : - des manipulations de produits toxiques, d'explosifs, d'armes à feu ? Si oui, précisez :				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9	Effectuez-vous des déplacements pour votre travail ? Si oui, indiquez : a) Combien de kilomètres vous effectuez par semaine b) Votre moyen de transport c) Vous déplacez-vous à l'extérieur de la France ? et si oui, quels pays ? nombre de déplacements par an ? durée des déplacements ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Fait à :

Date :

Signature de l'Assuré




Professions et sports garantis

AdP Solutions couvre également les risques professionnels et sportifs, si vous exercez l'une des activités suivantes ou assimilées :

Professions	Sports spécifiques ⁽²⁾
<ul style="list-style-type: none"> ■ Professions sans questionnaire complémentaire⁽¹⁾ : Garde forestier, maître nageur sauveteur, gardien de prison, convoyeur de fonds, policier municipal (sans spécialisation), gendarme départemental (sans spécialisation), contractuel, surveillance des zones de stationnement, CRS, sapeur pompier professionnel (sans spécialisation), sapeur pompier professionnel (avec spécialisation) de produits explosifs (sauf démineur) ou produits inflammables, marin pompier, artificier civil, élagueur, grutier, garde républicain, douanier ■ Professions nécessitant un questionnaire complémentaire⁽¹⁾⁽²⁾ : Agent de sécurité, intermittent du spectacle⁽³⁾, moniteur de ski, grand reporter, guide de haute montagne, sportifs professionnels... <p>Cette liste n'est pas exhaustive, nous pouvons proposer un tarif pour toute autre profession</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sports équestres : concours hippiques, course de haies, cross country, polo, rodéo. ■ Sports automobiles ou motocycles : courses de côtes, course de vitesse, Formule 1-2-3, karting, rallyes, raid, stock car, course sur circuit, endurance moto, enduro, motocross, quad en compétition, speedway, trial... ■ Sports de montagne : Luge en compétition, patinage en compétition, ski extrême, bobsleigh, moto neige, vélo-ski, skeleton, spéléologie, escalade, alpinisme... ■ Sports nautiques : rafting, jetski, course hors bord, course d'off shore, navigation au-delà de 20 miles des côtes, pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, canyoning, catamaran... ■ Sports de combats ■ Sports aériens ■ Saut à l'élastique ■ VTT en compétition

(1) Pour tous les risques professionnels, remplir le questionnaire professionnel de la demande de tarification.

(2) Veuillez remplir le questionnaire complémentaire correspondant à votre profession ou à votre sport, disponible sur april.fr (page assurance de prêt) et intrapril.

(3) Pour les intermittents du spectacle : joignez vos avis d'imposition et une déclaration du nombre d'heures travaillées des deux dernières années.



Zoom sur les formalités médicales

Important

Pour un traitement plus rapide :

- Je m'assure que toutes les formalités médicales classiques liées à l'âge et au montant du capital assuré, et les formalités médicales complémentaires selon ma situation, sont intégralement réalisées (Cf. page 4).
- Je vérifie que le rapport médical, le(s) questionnaire(s) médical(aux) complémentaire(s) soient correctement complétés, datés et signés par mon médecin.

Le saviez-vous?

Plus de 30 % des dossiers sont incomplets, en raison d'un simple oubli de signature, de date, ou de questions.

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande de tarification : remplie, datée et signée par l'assuré et/ou l'adhérent (pages 2, 3, 4 et 5),
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,
- 3 Mon autorisation de prélèvement, remplie et signée,
- 4 Le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) et les justificatifs médicaux

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Relation Clients - Immeuble Aprilium -
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat

Votre délégation de bénéfice* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou e-mail) ; ainsi votre prêt peut être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéfice :

- le prêteur devient bénéficiaire de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt,
- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'arrêt de travail (si cette garantie a été souscrite), lui sont remboursés,
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur, car il est bénéficiaire acceptant.

APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt
particuliers et professionnels

Tél. **09 74 50 20 20**
(appel non surtaxé)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]



- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur april.fr
- Vous satisfaire



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur www.april.fr

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

APRIL GROUP propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **3 500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil

B&B COURTAGE
156 Rue du 4 Août 1789
La Madeleine
69100 VILLEURBANNE
Email : bb-courtage@orange.fr

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Le produit est conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.

