



## Caractéristiques du (des) prêt(s) :

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 <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : .....	..... mois dont ..... mois de différé	.....	.....% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : .....	..... mois dont ..... mois de différé	.....	.....% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : .....	..... mois dont ..... mois de différé	.....	.....% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable



**Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à déblocages successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement, ou à défaut une copie de l'offre de prêt.**

Organisme prêteur : ..... Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

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) : .....

## Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt) : .....

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

### Assuré 1

	Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Taux de couverture ITT/IPT (1)	Franchise ITT/IPT (AT) (2)	Option CONFORT (AS) (3)	Option Spéciale Professions Médicales (IP) (4)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (5)
<b>Emprunt 1</b>	.....%	.....%	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
<b>Emprunt 2</b>	.....%	.....%		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
<b>Emprunt 3</b>	.....%	.....%	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC

### Assuré 2

	Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Taux de couverture ITT/IPT (1)	Franchise ITT/IPT (AT) (2)	Option CONFORT (AS) (3)	Option Spéciale Professions Médicales (IP) (4)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (5)
<b>Emprunt 1</b>	.....%	.....%	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
<b>Emprunt 2</b>	.....%	.....%		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
<b>Emprunt 3</b>	.....%	.....%	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC

Je fais d'autres emprunts : je remplis la fiche "Prêts supplémentaires".

(1) Option ITT/IPT impossible : - si le différé d'amortissement est supérieur à 36 mois,  
- si résidence dans les DOM-TOM et Corse.

(2) Pour les personnes sans profession, seules les franchises de 90 ou 180 jours sont possibles pour la garantie ITT/IPT.

(3) Taux de couverture et franchise identiques à la garantie ITT/IPT.

(4) Taux de couverture identique à la garantie Décès/PTIA.

(5) Sous réserve d'acceptation par 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 prévoyance 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 note d'information, référencées PRE3 06-10/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant 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 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 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 (si différent de l'Assuré 1),  
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

La signature de l'Assuré 1  
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

La signature de l'Assuré 2  
précédée de la mention "lu et approuvé"

X