

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 - 2004/2005

- Une tarification sur mesure pour :  
les maladies aggravées, les professions  
dangereuses et les sports à risques
- Adhésion possible jusqu'à 60 ans
- Capital de 15 000 à 1 220 000 euros

  
april  
assurances

# Demande de tarification

L'assurance de prêt risques aggravés

n° de l'assureur-conseil \_\_\_\_\_

 fax transmis le \_\_\_\_\_ n° adhérent \_\_\_\_\_

 Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances  OUI  NON

Cachet et visa de l'assureur conseil

**MERCI DE COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES**

<b>Adhérent</b> <input type="checkbox"/> entreprise <input type="checkbox"/> particulier	
Raison sociale/Nom : _____	
Adresse : _____ Code Postal _____ Ville : _____	
<b>ASSURÉ</b> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	
Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance _____	
Régime obligatoire : <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> Trav. Non Sal. <input type="checkbox"/> Agric. Autre : _____	
Statut : <input type="checkbox"/> Cadre, Assimilé Cadre <input type="checkbox"/> Non cadre <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Exploitant Agricole	
Profession exacte : _____ Secteur d'activité : _____ Employeur : _____	
Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : <input type="checkbox"/> - 15 000 km/an <input type="checkbox"/> + 15 000 km/an	
Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Contrat de travail : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> <1/2 temps <input type="checkbox"/> Suspension contrat de travail ; motif : _____	
<b>Informations communes</b> Date prévue de déménagement : _____	
Adresse actuelle : _____ Code Postal _____ Ville : _____	
E-mail : _____ Téléphone domicile _____ Portable _____	
Adresse future : _____ Code Postal _____ Ville : _____	
<b>Caractéristiques du prêt</b>	
Date de début de l'assurance (Date de signature de l'offre de prêt) : _____ Date du 1 <sup>er</sup> remboursement : _____	
Montant du Prêt	Durée totale de Prêt (inclus période de différé ou d'anticipation)
_____ Euros	_____ Mois
Taux d'intérêt	Type de taux
_____ %	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
Type de prêt : <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Prêt Relais	<input type="checkbox"/> Crédit Bail <input type="checkbox"/> Prêt à taux zéro
<input type="checkbox"/> In Fine (≤ 10 ans) <input type="checkbox"/> In Fine (> 10 ans) <input type="checkbox"/> Modulable	<input type="checkbox"/> Débloquages successifs Autre : _____
Objet du prêt : <input type="checkbox"/> Résidence principale <input type="checkbox"/> Investissement professionnel	<input type="checkbox"/> Achat immobilier <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Investissement locatif <input type="checkbox"/> Prêt à la consommation	
Si périodicité de remboursement du prêt autre que mensuelle, précisez : _____	
Différé d'amortissement ou période d'anticipation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nombre de mois : _____	
Le prêt est-il à échéance constante pendant toute la durée du différé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
(si non, ITT/IPT impossible pour les emprunts IN FINE, et les prêts avec différé d'amortissement entre 6 et 24 mois)	
<b>Organisme prêteur :</b>	
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 : _____	
Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire : _____	
<b>Caractéristiques de l'assurance</b>	
<b>ASSURÉ</b>	
Couverture du prêt	Taux de couverture DC/PTIA (DC) _____ %
	Taux de couverture ITT/IPT (AT) _____ %
<b>Mode de paiement</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Chèque (uniquement si périodicité annuelle ou semestrielle)	
Périodicité : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	Frais d'échéance : 2,29 € par échéance
Indiquer le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1 <sup>er</sup> et le 10 du mois _____	Frais de dossier : 45,73 €
<input type="checkbox"/> 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 moi-même.

"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 02-09/02, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion, 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 demande d'adhésion initiale. Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés (**étant bien entendu que les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration**)."

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, 69 403 LYON CEDEX 03, étant entendu que chaque enregistrement est conservé au maximum deux mois.

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.

# L'offre d'APRIL Assurances

APRIL Assurances conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 11 400 assureurs-conseil indépendants en France.

Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, voyageurs, emprunteurs, dirigeants, salariés, TNS... Les garanties d'APRIL Assurances sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.

## — Domaines de compétences

### 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 74 59

Notre engagement  
Votre satisfaction

- Une certification ISO 9001 version 2000.
- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures maximum.
- 94 % d'assurés et 96 % d'assureurs-conseil satisfaits (résultats IPSOS mai 2004).



Solutions d'épargne, de retraite et de défiscalisation.



Solutions d'assurances à l'étranger.



Solutions d'assurances automobile et habitation.

## — Chiffres clés

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- Division d'APRIL GROUP, coté au second marché de la bourse de Paris,
- 1 million d'assurés à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- Un réseau de 11 400 assureurs-conseil indépendants réparti sur l'ensemble du territoire français,
- 550 collaborateurs.

Votre Assureur-Conseil



**Siège social,**  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

