

APPEL DE COTISATIONS

du 05 septembre 2014 N° : 340152642

Votre assureur conseil :

Cab CAFPI CHAMPIGNY

N° : 57948

Tél. : 01 48 81 60 60

Mr Philippe REVELLAT

Assuré(e) : **Mr Philippe REVELLAT**

N° client : **34 23892 00**

129 BD PASTEUR

Pour contacter notre Service Relation Clients :

09 74 50 20 20 (appel non surtaxé)

94360 BRY SUR MARNE

N° identifiant TVA : FR80 42870241900071

Les opérations d'assurances sont exonérées de TVA en vertu de l'article 261C2° du Code Général des Impôts, mais sont soumises à la Taxe sur les Conventions d'Assurances en application des dispositions des articles 991 et suivants du Code Général des Impôts.

Echéance principale au 1er janvier 2014

Page 1

	HT	TTC
<p>● EMPRUNT N° 1: 96765,00 Euros</p> <p><u>Mr REVELLAT Philippe</u></p> <p>ASSURANCE DE PRET APRIL Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accident / Maladie Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale Vos cotisations pour la période du 05/09/2014 au 31/12/2014</p>	213,90€	221,71€
<p><u>Mme REVELLAT Evelyne</u></p> <p>ASSURANCE DE PRET APRIL Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accident / Maladie Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale Vos cotisations pour la période du 05/09/2014 au 31/12/2014</p>	207,18€	215,30€
<p>● EMPRUNT N° 2: 441000,00 Euros</p> <p><u>Mr REVELLAT Philippe</u></p> <p>ASSURANCE DE PRET APRIL Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accident / Maladie Vos cotisations pour la période du 05/09/2014 au 31/12/2014</p>	611,24€	611,24€

Suite au verso

APPEL DE COTISATIONS

du 05 septembre 2014 N° : 340152642

Assuré(e) : **Mr Philippe REVELLAT**

N° client : **34 23892 00**

Pour contacter notre Service Relation Clients :

09 74 50 20 20 (appel non surtaxé)

Echéance principale au 1er janvier 2014

Page 2

	HT	TTC
<u>Mme REVELLAT Evelyne</u>		
ASSURANCE DE PRET APRIL Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accident / Maladie <i>Vos cotisations pour la période du 05/09/2014 au 31/12/2014</i>	563,61 €	563,61 €
Cotisation à l'Association des Assurés d'APRIL		3,20 €
Frais de dossier		20,00 €
Total		1.635,06 €
Solde antérieur		-376,26 €

Vous avez opté pour le prélèvement mensuel sur le compte au format IBAN de :
MR OU MME PHILIPPE REVELLAT CL MONTLHERY - FR49 3000 2076 5000 0000 4800 X63

Votre Référence Unique de Mandat (RUM) : 73622C03AA8344A49E35FDD76492493F

Pour la gestion de votre mandat ou réclamations : APRIL Santé Prévoyance - 69439 Lyon Cedex 03 - Téléphone : 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé)

Identifiant Créancier SEPA (ICS): FR85ASP423146

Total dû TTC : 1.258,80 €

VOTRE ECHEANCIER 2014

Attention, ces prélèvements seront adressés en banque 6 jours ouvrés avant les dates indiquées.

22 septembre 2014	5,82 €
10 octobre 2014	417,66 €
10 novembre 2014	417,66 €
10 décembre 2014	417,66 €