

**Votre assureur conseil :**

Cab CAFPI CHAMPIGNY  
Téléphone : 01 48 81 60 60

535725 4901 2020 1/1  
**SCI REVELLAT PERROQUETS**

**Votre conseiller APRIL :**

Service Relation Clients  
Téléphone : 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé)

33 RUE DES PERROQUETS

94350 VILLIERS SUR MARNE

**Numéro de client :**

34.23892.00 (A rappeler pour toute  
correspondance avec nos services)

**AVIS DE PRÉLÈVEMENT**

Lyon, le 23 février 2016

Madame, Monsieur,

Vous avez signé un mandat de prélèvement pour le contrat d'assurance, référencé sous le n° 34.23892.00 souscrit par Mr Philippe REVELLAT.

A ce titre, vous trouverez ci-dessous toutes les informations relatives à vos prélèvements :

- **VOTRE COMPTE BANCAIRE\*** : FR76 1010 7002 2100 5190 4200 003
- **VOTRE RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT** : ED9410DFF1EE4849BDAD13C65EF06038
- **NOTRE ICS (IDENTIFIANT CREANCIER SEPA)** : FR85ASP423146
- **LES DATES ET MONTANTS DE VOS PRÉLÈVEMENTS** :

|            |              |            |              |
|------------|--------------|------------|--------------|
| 10/06/2016 | 34,66 euros  | 12/12/2016 | 167,57 euros |
| 11/07/2016 | 167,57 euros |            |              |
| 10/08/2016 | 167,57 euros |            |              |
| 12/09/2016 | 167,57 euros |            |              |
| 10/10/2016 | 167,57 euros |            |              |
| 10/11/2016 | 167,57 euros |            |              |

\* au format IBAN

Pour tout renseignement complémentaire concernant la gestion de votre mandat, nos conseillers restent à votre disposition au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé) ou par courrier, à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance 69439 LYON CEDEX 03.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes respectueuses salutations.

Nadine PETIT  
Responsable Relation Clients



Votre assureur conseil :  
Cab CAFPI CHAMPIGNY  
Téléphone : 01 48 81,60 60

Votre conseiller APRIL :  
Violette STOJKOVIC  
Téléphone : 09 74 50 91 91 (appel non surtaxé)

Votre numéro de client :  
34.23892.00 (A rappeler pour toute  
correspondance avec nos services)

**Mr Philippe REVELLAT**

19 RUE CAMILLE CLAUDEL  
94350 VILLIERS SUR MARNE

Lyon, le 23 février 2016

**CERTIFICAT DE RADIATION**

**COPIE POUR INFORMATION**

Monsieur,

Vous avez souhaité résilier votre contrat ASSURANCE DE PRET APRIL suite au remboursement anticipé de votre prêt. Je vous confirme les éléments suivants :

- **Date de résiliation** : 14/01/2016
- **Concerne** : Mr REVELLAT Philippe né le : 28 décembre 1960

Cette résiliation concerne le prêt de 441 000 euros.

**Pour vous permettre de bien comprendre le calcul de vos cotisations en cours :**

- Votre cotisation est due jusqu'à la date de résiliation, soit jusqu'au 14/01/2016
- L'éventuel trop versé de cotisation vous sera **automatiquement remboursé** quinze jours après la date du dernier paiement.

Je vous remercie sincèrement de la confiance que vous avez su témoigner à APRIL Santé Prévoyance et j'espère que nos produits et services retiendront toute votre attention lors d'un nouveau projet.

Afin de toujours vous apporter un service de qualité, je reste à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h au 09 74 50 91 91 (appel non surtaxé).

Je vous prie de compter, Monsieur, sur mon engagement à vous offrir un service de qualité.

Isabelle BOSSAN  
Responsable Relation Clients Emprunteur



**Votre assureur conseil :**  
Cab CAFPI CHAMPIGNY  
Téléphone : 01 48 81 60 60

**Votre conseiller APRIL :**  
Violette STOJKOVIC  
Téléphone : 09 74 50 91 91 (appel non surtaxé)

**Votre numéro de client :**  
34.23892.00 (A rappeler pour toute  
correspondance avec nos services)

**Mme Evelyne REVELLAT**

19 RUE CAMILLE CLAUDEL  
94350 VILLIERS SUR MARNE

Lyon, le 23 février 2016

**CERTIFICAT DE RADIATION**

**COPIE POUR INFORMATION**

Madame,

Vous avez souhaité résilier votre contrat ASSURANCE DE PRET APRIL suite au remboursement anticipé de votre prêt. Je vous confirme les éléments suivants :

- **Date de résiliation** : 14/01/2016
- **Concerne** : Mme REVELLAT Evelyne née le : 15 février 1961

Cette résiliation concerne le prêt de 441 000 euros.

**Pour vous permettre de bien comprendre le calcul de vos cotisations en cours :**

- Votre cotisation est due jusqu'à la date de résiliation, soit jusqu'au 14/01/2016
- L'éventuel trop versé de cotisation vous sera **automatiquement remboursé** quinze jours après la date du dernier paiement.

Je vous remercie sincèrement de la confiance que vous avez su témoigner à APRIL Santé Prévoyance et j'espère que nos produits et services retiendront toute votre attention lors d'un nouveau projet.

Afin de toujours vous apporter un service de qualité, je reste à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h au 09 74 50 91 91 (appel non surtaxé).

Je vous prie de compter, Madame, sur mon engagement à vous offrir un service de qualité.

Isabelle BOSSAN  
Responsable Relation Clients Emprunteur

