

APPEL DE COTISATIONS

du 23 février 2016

N° : 380034285

DUPLICATA

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**

19 RUE CAMILLE CLAUDEL

Pour contacter notre Service Relation Clients :

09 74 50 20 20 (appel non surtaxé)

94350 VILLIERS 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 2016

Page 1

	HT	TTC
<ul style="list-style-type: none"> ● EMPRUNT N° 1: 96765,00 Euros <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 01/01/2016 au 31/12/2016</p> <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 01/01/2016 au 31/12/2016</p>	<p>988,08 €</p> <p>950,88 €</p>	<p>1.018,32 €</p> <p>982,92 €</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● EMPRUNT N° 2: 441000,00 Euros <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 01/01/2016 au 14/01/2016</p>	<p>96,94 €</p>	<p>96,94 €</p>

Suite au verso

APPEL DE COTISATIONS

du 23 février 2016

N° : 380034285

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 2016

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 01/01/2016 au 14/01/2016</i>	88,46€	88,46€
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL		9,60€
Total		2.196,24€
Solde antérieur		-1.156,16€

Vous avez opté pour le prélèvement mensuel sur le compte au format IBAN de :
SCI REVELLAT PERROQUETS BRED CHAMPIGNY - FR76 1010 7002 2100 5190 4200 003

Votre Référence Unique de Mandat (RUM) : ED9410DFF1EE4849BDAD13C65EF06038

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 : 1.040,08€

VOTRE ECHEANCIER 2016

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

			12 septembre 2016	167,57€
10 juin	2016	34,66€	10 octobre 2016	167,57€
11 juillet	2016	167,57€	10 novembre 2016	167,57€
10 août	2016	167,57€	12 décembre 2016	167,57€