



Notre client :

Mr Philippe REVELLAT né le 28/12/1960
et Mme Evelyne REVELLAT née le 15/02/1961

Son numéro de client :

34.23892.00 (A rappeler pour toute
Correspondance avec nos services)

Votre conseiller APRIL :

Eric MOUCHON
Téléphone : 09 74 50 91 91 (appel non surtaxé)

**BRED BANQUE POPULAIRE
AG CHAMPIGNY
87 R JEAN JAURES**

94500 CHAMPIGNY SUR MARNE

Lyon, le 24 novembre 2014

Messieurs,

Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance, au verso, de l'exemplaire de la **délégation de bénéficiaire** concernant le prêt contracté par Mr Philippe REVELLAT .

Vous devenez donc **bénéficiaire acceptant de fait** de la garantie (selon les conditions ci-après définies). Il est inutile de nous retourner un exemplaire de la présente délégation signée.

Si vous souhaitez néanmoins faire apposer la signature de l'Adhérent : Mr Philippe REVELLAT et du (ou des) Assuré(s) Mr Philippe REVELLAT né le 28/12/1960 et Mme Evelyne REVELLAT née le 15/02/1961 sur ce document, je vous laisse le soin d'en avoir l'initiative.

Par ailleurs, si vous refusez d'être le bénéficiaire acceptant, je vous invite à me retourner la présente délégation avec mention "Annulée", et ce, dans les meilleurs délais.

Enfin, en cas de modification des caractéristiques de l'emprunt, vous voudrez bien vous référer au formulaire ci-joint.

Afin de vous apporter un service de qualité, mon équipe reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie de croire, Messieurs, à l'expression de ma parfaite considération.

Emilie QUINQUENEL
Responsable Relation Clients

PS : Cette délégation annule et remplace la précédente.

DELEGATION DE BENEFICE

Adhèrent : Mr Philippe REVELLAT , domicilié 129 BD PASTEUR 94360 BRY SUR MARNE, référencé à APRIL Santé Prévoyance sous le numéro 34.23892.00.

Assuré(s) : Mr Philippe REVELLAT né le 28/12/1960 et Mme Evelyne REVELLAT née le 15/02/1961, domicilié(s) 129 BD PASTEUR 94360 BRY SUR MARNE

Organisme prêteur : BRED BANQUE POPULAIRE AG CHAMPIGNY, dont le siège est situé 87 R JEAN JAURES 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE,

L'**adhérent**, a souscrit, auprès de la compagnie d'assurance PREVOIR VIE/PREVOIR RISQUES DIVERS, l'assureur, un contrat Assurance de Prêt (PRE2013P01/PRE2013P02), en couverture de l'emprunt N°001 d'un montant initial de 96.765,00 euros, d'une durée initiale de 240 mois auprès de l'**organisme prêteur**, pour le ou les assurés ci-dessous.

Les garanties souscrites sont :

Garanties	Mr Philippe REVELLAT né le 28/12/1960	Mme Evelyne REVELLAT née le 15/02/1961
Décès Perte Totale et Irréversible d'Autonomie <ul style="list-style-type: none"> • Date d'effet de la garantie : • Montant initial garanti (en euros)* : 	 05/09/2014 96.765,00	 05/09/2014 96.765,00
Incapacité Temporaire Totale Invalidité Permanente Totale <ul style="list-style-type: none"> • Date d'effet de la garantie: • Base de calcul de la garantie (en euros) * • Franchise en jours : 	 05/09/2014 96.765,00 90	 05/09/2014 96.765,00 90
Option confort <ul style="list-style-type: none"> • Date d'effet de la garantie: 		
Invalidité Permanente Partielle <ul style="list-style-type: none"> • Date d'effet de la garantie: • Base de calcul de la garantie (en euros) * 		
Chômage <ul style="list-style-type: none"> • Date d'effet de la garantie: 		

Les cases non renseignées correspondent à des garanties non souscrites.

*Les montants garantis suivent l'évolution du tableau d'amortissement dans la limite des montants indiqués dans le certificat d'adhésion.

Sous réserve de non exclusion mentionnée en conditions particulières, les garanties sont accordées et s'exercent, conformément aux conditions générales et au certificat d'adhésion détenus par l'**Adhèrent**, pour chaque **Assuré**, tant qu'il fait parti du groupe assurable, sous condition suspensive du paiement des cotisations dans les conditions prévues au contrat.

L'adhérent désigne comme bénéficiaire acceptant, selon les garanties souscrites, l'organisme prêteur ci-dessus référencé. Il est bien entendu que les sommes faisant l'objet de la présente délégation, ne concernent que le montant du capital dû, en principal, au moment de l'événement mettant en jeu la garantie.

Il est également convenu qu'aucune modification du contrat ne pourra avoir lieu sans le consentement de l'organisme prêteur. Celui-ci sera informé en cas de non-paiement éventuel des cotisations.

Fait à Lyon, le 24 novembre 2014

APRIL Santé Prévoyance
114 BOULEVARD VIVIER
MERLE
69439 LYON CEDEX 03
par délégation de la
compagnie d'assurance
Emilie QUINQUENEL
Responsable Relation
Clients

Signature de l'**Adhèrent**

Signature de l'**organisme prêteur**

Signature de(s) **Assuré(s)**



MODIFICATION DES CARACTERISTIQUES DU PRET D'UN MONTANT DE 96.765,00 EUROS

N° assuré : 34.23892.00

Assuré(e) : Mr Philippe REVELLAT né le 28/12/1960 et Mme Evelyne REVELLAT née le 15/02/1961

N° assureur-conseil : 57948

Adresse assuré(e) : 129 BD PASTEUR 94360 BRY SUR MARNE

Modification du capital à garantir

Montant du nouveau prêt : _____

Modification de la date de début des garanties

(à savoir la date de signature de l'offre de prêt par le client)

Date de signature de l'offre de prêt : _____

Modification de la date de débloccage des fonds (1^{ère} échéance)

Date de débloccage des fonds : _____

Modification de l'adresse du bénéficiaire

Nouvelle adresse : _____

Modification de la durée totale du prêt

(y compris la durée du différé d'amortissement, la période d'anticipation ou d'utilisation)

Nouvelle durée totale : _____

(nous vous remercions de joindre le tableau d'amortissement, ou à défaut l'offre de prêt)

Durée du différé d'amortissement : _____

Durée de rallongement éventuelle : _____

Modification du taux du prêt

Nouveau taux : _____

Taux fixe

Taux variable

Autres types de modifications

A préciser : _____

DATE :

SIGNATURE ET CACHET :