

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

● **EMPRUNT N° 1: 96765,00 Euros**

Mr REVELLAT Philippe

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
Mme REVELLAT Evelyne

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

● **EMPRUNT N° 2: 441000,00 Euros**

Mr REVELLAT Philippe

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

HT

TTC

213,90€

221,71€

207,18€

215,30€

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 Vos cotisations pour la période du 05/09/2014 au 31/12/2014	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 €

Pour cela, je vous invite à me retourner le mandat de prélèvement ci-dessous dûment complété, daté et signé, accompagné de votre R.I.B. (Relevé d'Identité Bancaire)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signature(s)* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.