



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

