

Contact Philippe GOETHEL code 09625 tel 0950 220 200 ou manager@lassureur.com

Demande de Souscription

## Propriétaires Non Occupants★

Date d'effet souhaitée :

### Souscripteur

Monsieur  Madame  Mademoiselle  SCI

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :       Ville : .....

Téléphone :

Email : .....@.....



### Votre bien immobilier

Nature :  Maison  Appartement

Adresse : .....

Code Postal :       Ville : .....

Superficie du logement : ..... m<sup>2</sup>

Superficie des dépendances : ..... m<sup>2</sup>

Cadre réservé à votre Assureur-Conseil

N° CO APRIL Premium :

NOM :

Interlocuteur :

Tél. :

Fax :

Email :

## Tarifs\*

	Appartement	Maison
Annuel	88,46 € (+10,50 € si option Meublé)	170,36 € (+10,50 € si option Meublé)
Semestriel	45,23 € (+5,25 € si option Meublé)	86,18 € (+5,25 € si option Meublé)
Trimestriel	23,62 € (+2,62 € si option Meublé)	44,09 € (+2,62 € si option Meublé)
Mensuel	9,20 € (+0,88 € si option Meublé)	16,03 € (+0,88 € si option Meublé)

\* hors frais de dossier (10 €) et taxe attentat (3,30 €)

Périodicité choisie :  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel

## Vos options

- Loyers Garantis (montant du loyer mensuel : ..... €, charges comprises)
- Meublé (voir tableau ci-dessus pour les tarifs)

Fait à ..... le | | | | | | | | | |

Cabinet LASSUEUR code 09625  
04 Passage Marcilly  
71100 Chalon sur Saone  
Tel 0950 220 200  
Fax 0955 220 200  
Mail : manager@lassueur.com

Signature du souscripteur : \_\_\_\_\_

Cette Demande de Souscription est à retourner par courrier à  
APRIL Premium - 29 rue Maurice Flandin - 69003 Lyon  
ou par fax au  
04 37 91 11 37

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

#### Le débiteur :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : | | | | | Ville : .....  
Date : | | | | |

Signature: \_\_\_\_\_

#### Le créancier :

APRIL Premium  
69003 Lyon  
N° national d'émetteur : 447143

#### L'établissement teneur du compte à débiter :

Nom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : | | | | | Ville : .....

#### Le compte à débiter :

Etablissement : | | | | | Guichet : | | | | |  
N° de compte : | | | | | | | | | | Clé RIB : | | |

Joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP).

A défaut de production du RIB, le règlement devra se faire par chèque et l'appel de cotisations sera émis avec un fractionnement annuel.