http://www.capvie.com
Tél. 0826 620 020 (0.15eur/m)
Fax. 01 48 55 88 11
Email : commercial@capvie.com

CAPVIE Assurances
9Bis Avenue DU GENERAL LECLERC
93250 VILLEMOMBLE
RCS 48306944900021 - ORIAS 07 005 194
Code correspondant : 54458

PRT 0101

AdP Préférence

Annexe

ATTESTATION CHÔMAGE

Assuré 1	Assuré 2
J'atteste sur l'honneur : ■ Exercer une activité professionnelle en France continentale à plein temps ou temps partiel d'un minimum de 20 heures par semaine (sauf pour raison médicale) depuis au moins 365 jours consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par le Pôle Emploi, ■ Occuper de manière effective au jour de l'adhésion cette activité professionnelle dans le cadre d'un emploi salarié à durée indéterminée, ■ Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel. ■ **Date d'embauche en CDI chez mon employeur actuel ……/……/……** ■ **Si le CDI est consécutif à une période de CDD ou d'intérim sans interruption, date de début de CDD ou intérim : ……/……/……**	J'atteste sur l'honneur : ■ Exercer une activité professionnelle en France continentale à plein temps ou temps partiel d'un minimum de 20 heures par semaine (sauf pour raison médicale) depuis au moins 365 jours consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par le Pôle Emploi, ■ Occuper de manière effective au jour de l'adhésion cette activité professionnelle dans le cadre d'un emploi salarié à durée indéterminée, ■ Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel. ■ **Date d'embauche en CDI chez mon employeur actuel ……/……/……** ■ **Si le CDI est consécutif à une période de CDD ou d'intérim sans interruption, date de début de CDD ou intérim : ……/……/……**

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur et déclare être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à …… Date ……/……/……

Assuré 1
Nom : …… Prénom : ……
La signature de l'Assuré 1
✘

Assuré 2
Nom : …… Prénom : ……
La signature de l'Assuré 2
✘

POUR LES CAUTIONS UNIQUEMENT MERCI D'INDIQUER LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)

Assuré 1 / Adhérent	Assuré 2
☐ Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. ☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : …… ……, à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. ☐ Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion	☐ Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. ☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : …… ……, à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. ☐ Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion

Fait à …… Date ……/……/……

Assuré 1 / Adhérent
Nom : …… Prénom : ……
La signature de l'Assuré 1/Adhérent
✘

Assuré 2
Nom : …… Prénom : ……
La signature de l'Assuré 2
✘

Réf. 13434 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Assurances présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Assurances SA. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

N° assureur-conseil : ☐☐☐☐☐

Nom et prénom de l'adhérent principal : ……

Date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Autorisation de prélèvement

A joindre impérativement

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 ci-contre. En cas de litige sur le 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.

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse : ……

……

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ……

Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Signature :

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03

Codes **Le compte à débiter**

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : ……

Adresse : ……

……

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ……

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).