CRÉDIT

Attestation bancaire incapacité de travail

Attestation à joindre obligatoirement

Montant total du crédit _____

Date du déblocage initial _____

Agence _____

Compte _____

N° du prêt _____

Ce prêt a-t-il subi une modification depuis son déblocage ?

❑ OUI ❑ NON

Nom de l'assuré _____

Prénom _____

Né(e) le _____

Adresse _____

Code Postal _____

_____

N° d'adhésion : _____

Dans tous les cas, joindre le tableau d'amortissement actualisé au jour du sinistre.

(merci de ne pas remplir les parties tramées)

N° de sinistre ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Franchise : ☐ 15 jours ☐ 30 jours ☐ 90 jours

Pourcentage de de garantie ☐ %

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Remboursement : ❑ Mensuel ❑ Trimestriel ❑ Semestriel ❑ Annuel

Montant de l'échéance : _____ €

PIÈCES TRANSMISES À L'ASSUREUR

❑ Copie du tableau d'amortissement en vigueur

❑ Copie des tableaux d'amortissement antérieurs

❑ Autres : _____

_____

ENVOI DES RÈGLEMENTS

POUR LES PRETS CONSENTIS A UNE PERSONNE PHYSIQUE ET SI NOTRE ASSURE EST L'EMPRUNTEUR : PAR DEROGATION AUX DISPOSITIONS CONTRACTUELLES, NOUS AUTORISEZ-VOUS A ETABLIR LES REGLEMENTS A L'ASSURE(E) ? (*DANS LE CAS CONTRAIRE OU A DEFAUT DE REPONSE, LES PRESTATIONS SONT VERSEES OBLIGATOIREMENT A L'ORGANISME PRÊTEUR)*

❑ **OUI**, NOUS VOUS AUTORISONS A VERSER LES PRESTATIONS DUES PAR VIREMENT SUR LE COMPTE No _____

*(indiquer les coordonnées du compte à créditer **et** joindre le RIB)*

L'organisme prêteur, bénéficiaire du contrat, est informé et accepte que les règlements ainsi effectués valent paiement de la prestation aux conditions du contrat. Sous réserve du paiement effectif des sommes garanties entre les mains de l'assuré(e), l'assureur sera quitte et libéré de ses obligations contractuelles à due proportion.

L'organisme préteur peut revenir à tout montant sur cet accord auprès de l'assureur par courrier recommandé avec AR

❑ **NON**, NOUS SOUHATIONS RECEVOIR PAR CHEQUE BANCAIRE A NOTRE ORDRE LES PRESTATIONS DUES

Adresse d'envoi des reglements à l'organisme prêteur

_____

_____

_____

_____

Quelles références souhaitez vous ?

_____

_____

Fait à : _____ Le _____

Cachet de l'organisme prêteur obligatoire

La Médicale de France
S.A. au capital entièrement libéré de 2 160 000 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris
Adresse de correspondance : TSA 26 666- 92894 NANTERRE CEDEX 9
1 582 068 698 RCS Paris

Predica - S.A. au capital entièrement libéré de 915 874 005 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris - 334 028 123 R.C.S. Paris

La médicale
assure les professionnels de santé

ACIT 3455 - 09/2018