CRÉDIT

La médicale
assure les professionnels de santé

Attestation bancaire incapacité de travail

(attestation à joindre obligatoirement)

Nom / prénom de l'assuré _____

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse N°_____ Rue _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

N° d'adhésion AF-Vie ou La Médicale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

Merci de ne pas remplir cette partie.

N° de sinistre : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Pourcentage de garantie _____ %

Franchise : ❒ 15 jours ❒ 30 jours ❒ 90 jours

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 prêts consentis à une personne physique et si notre assuré est l'emprunteur : par dérogation aux dispositions contractuelles, nous autorisez-vous à établir les règlements de l'assuré(e) ? (Dans le cas contraire ou à défaut de réponse, les prestations sont versées obligatoirement à l'organisme prêteur)

❒ **Oui, nous autorisons à verser les prestations dues par virement sur le compte n°**_____

(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 prêteur peut revenir sur cet accord auprès de l'assureur par courrier recommandé avec AR.

❒ **Non, nous souhaitons recevoir les prestations dues par chèque bancaire à notre ordre.**

Adresse d'envoi des règlements à l'organisme prêteur

_____

_____

_____

Quelles références souhaitez-vous ?

_____

_____

Fait à _____

le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Cachet de l'organisme prêteur obligatoire

Generali Vie - ociété anonyme au capital de 341 059 488 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris. N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV. Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

La Médicale Vie Prévoyance - Association Loi 1901 - 3 rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris.