

Nom Prénom
Rue
Code postal Ville

Banque
Rue
Code postal Ville

Objet : refus délégation d'assurance pour non équivalence
Lettre recommandée – AR

Ville, le xx/xx/201x

Madame, Monsieur,

J'ai choisi de substituer mon assurance de groupe par le contrat ASSURANCE DE PRET d'APRIL Santé Prévoyance pour garantir mon/mes emprunt(s).

Vous m'informez que vous refusez la résiliation au contrat d'assurance groupe et refusez le contrat de la société APRIL Santé Prévoyance au(x) motif(s) suivant(s):

- *Objection banque*

- *Réponse aux objections*

Depuis le 26 juillet 2014, les emprunteurs peuvent résilier leur contrat d'assurance de groupe dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt pour le remplacer par l'assurance de leur choix dès lors qu'elle présente un niveau de garantie équivalent (article L 312-9 Code de la consommation).

Dans son avis de décembre 2012, le CCSF a rappelé que « l'appréciation sur l'équivalence doit découler d'une analyse globale des garanties et que le simple constat de non-identité ne peut en aucun cas justifier un refus d'assurance déléguée » et a insisté sur « le caractère primordial du devoir de conseil imposant au professionnel d'éclairer l'assuré sur l'adéquation des risques couverts par le contrat qu'il distribue à sa situation personnelle, d'autant que les sinistres peuvent survenir plusieurs années après la souscription du contrat » .

Par conséquent, je vous invite à accepter la délégation d'assurance que je vous propose et à émettre l'avenant au contrat de crédit.

Je vous prie d'agréer Mme/Mr l'expression de mes salutations distinguées

Nom Prénom
Signature