

Nom Prénom
Rue
Code postal Ville

Banque
Rue
Code postal Ville

Objet : refus non motivé
Lettre recommandée – AR

Ville, le xx/xx/201x

Madame, Monsieur,

J'ai choisi XXXXX 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 de mon contrat.

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.

Toute décision de refus de la part du prêteur doit être motivée par écrit dans un délai de 10 jours ouvrés à compter de la réception de la demande de substitution (article L 312-9 Code de la consommation).

Par conséquent, je vous invite à m'indiquer par écrit les raisons précises de votre décision afin que je puisse les étudier.

Faute de refus motivé, la délégation d'assurance est considérée comme acceptée et vous devez émettre l'avenant au contrat de crédit.

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

Nom Prénom
Signature