



malakoff médéric

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION AUX CONTRATS N° 28.625 ET N° 925102

S'il s'agit d'une clientèle « SENIOR », cocher la case ci-après ☐
(âge supérieur ou égal à 65 ans mais inférieur à 70 ans)

ActionLogement AL

AST92

Dossier N°

À remplir et à signer par la personne à assurer

Je soussigné(e), HEDDE Noë

Date de naissance 11/11/1930 Profession actuelle Ingénieur

Intervenant en qualité de ⁽¹⁾ : emprunteur coemprunteur caution

Non salarié(e) ⁽¹⁾ Salarié(e) ⁽¹⁾ Relève du régime d'assurance chômage du PÔLE EMPLOI ⁽¹⁾ : oui non

Adresse, no et rue 41 Rue Pierre Paul Riquet Code postal 31100

Ville ou commune Toulouse Code postal 31100

Adresse future, no et rue 37 rue des Fontaines Code postal 31100

Ville ou commune future Toulouse Code postal 31100

Demande à adhérer aux garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A), Incapacité temporaire totale (I.T.T) et Incapacité permanente totale (I.P.T) du contrat d'assurance collective n° 28.625 et désigne ACTION LOGEMENT SERVICES comme bénéficiaire irrévocable des prestations correspondant aux garanties.

N.B. Indiquer les caractéristiques relatives à chaque prêt.

Encours des autres prêts Action Logement Services assurés auprès de Quatrem :	€
Caractéristiques	1er prêt
N° de votre dossier de prêt	
Type de prêt *	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Montant initial du capital assuré	<u>20 000</u> €
Taux de couverture d'assurance (quotité)	<u>100</u> %
Durée totale du prêt (y compris différé)	<u>240</u> mois
Durée du différé d'amortissement	<input type="checkbox"/> < 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé
	<input type="checkbox"/> < 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé

* 1 - Prêts Action Logement / 2- Prêt relais / 3- Prêt acquisition logement HLM ou PSLA

Garantie perte d'emploi

En complément des garanties Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T., je demande à bénéficier de la garantie Perte d'emploi ⁽¹⁾:

non oui

Taux de couverture d'assurance :%.

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

A signer uniquement si Garantie perte d'emploi souscrite

Je déclare :

- être âgé de moins de 60 ans,
- exercer, à ce jour, une activité salariée non saisonnière à temps plein au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- ne pas être en période de préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite,
- ne pas être en période d'essai,
- ne pas être en chômage total ou partiel.

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :

Déclaration de la personne à assurer

Je soussigné(e) :

- donne mon consentement à l'assurance et accepte qu'ACTION LOGEMENT SERVICES soit bénéficiaire de l'ensemble des prestations à concurrence des sommes lui étant dues ;
- reconnaît avoir eu connaissance que, si je souhaite la confidentialité de certains renseignements médicaux figurant sur le(s) questionnaire(s), j'ai la possibilité de remplir cette demande individuelle d'adhésion dans un espace isolé ou à mon domicile et de l'adresser au Médecin Conseil - AON France, Assurances Risques Services - Service Crédit Emprunteur - 28, allée de Bellevue - 16 918 ANGOULÈME CEDEX 9 ;
- déclare être informé(e) que si ma demande individuelle d'adhésion à la présente assurance, au titre d'un prêt immobilier est refusée pour des raisons liées à mon état de santé, une assurance dite de 2e niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2e niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3e niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet : www.aeras-infos.fr ;
- reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du présent contrat, en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui m'est destinée ;
- m'engage à payer les cotisations à ma charge et autorise le prélèvement de mes cotisations par ACTION LOGEMENT SERVICES ;
- reconnaît avoir reçu et pris connaissance des dispositions de la convention AERAS ;
- déclare être informé(e) que les données communiquées dans le cadre de ma demande individuelle d'adhésion au présent contrat d'assurance sont destinées à Quatrem, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données me concernant et peux m'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Je peux exercer ces droits, en justifiant de mon identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil de Quatrem et transmises par courrier. Je dispose également du droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.blocktel.gouv.fr.
- certifie exactes et sincères les informations figurant sur la présente demande individuelle d'adhésion et les réponses portées dans le(s) questionnaire(s) de santé, et reconnaît être informé(e) conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Fait à Toulouse Le 14.12.2014

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :

certifié exact

Décision de l'assureur

Cachet d'ACTION LOGEMENT SERVICES



Déclaration d'état de santé relative à l'état de santé de la personne à assurer

malakoff médéric
AST92

Ce document fait partie intégrante de la proposition d'assurance. Il est un élément indispensable qui concourt à une juste appréciation du risque. Nous vous invitons à le lire attentivement avant de le dater et signer. Les informations figurant sur le présent document sont nécessaires à Malakoff Médéric pour traiter votre demande d'adhésion. Les données sont destinées aux Personnel de Malakoff Médéric, à son délégué et à ACTION LOGEMENT SERVICES

Si le montant du capital à assurer (c'est-à-dire le capital emprunté auquel on applique la quotité choisie), augmenté de l'encours assuré est supérieur à 25 000 € OU si vous êtes âgé de plus de 55 ans, veuillez répondre au Questionnaire de Santé complet.

Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection cancéreuse entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'oubli », nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en annexe.

Contrat : [REDACTED]

NOM: HEDDE Prénom: Noé Date de naissance: 13 11 1990

Adresse : 41 Blv Pierre Paul Riquet

Code postal: 31190 Ville: TOULOUSE Profession: Ingénieur

« Je déclare, ce jour :

1. être âgé(e) de moins de 55 ans,
2. ne pas être actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé,
3. ne pas prendre régulièrement un ou plusieurs médicaments, ni faire l'objet d'une surveillance médicale (hors contraception),
4. ne pas avoir interrompu mon travail pour raison de santé pendant plus de 21 jours consécutifs au cours des 5 dernières années (sauf maternité),
5. ne pas avoir suivi un ou plusieurs traitements médicaux pendant plus de 21 jours au cours des 5 dernières années,
6. ne pas avoir été hospitalisé(e) plus de 24 heures en hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé ou établissement thermal au cours des 10 dernières années (hors maternité),
7. ne pas devoir être hospitalisé(e) (avec ou sans intervention chirurgicale), ni devoir subir des analyses ou des examens dans les 12 prochains mois ».

Pouvez-vous répondre par l'affirmative à l'ensemble de ces déclarations ? OUI NON

Dans l'hypothèse où vous n'êtes pas en mesure de satisfaire à au moins une des 7 conditions citées ci-dessus, nous vous remercions de bien vouloir remplir impérativement le questionnaire de santé Complet

Je soussigné(e) : HEDDE Noé

- Certifie l'exactitude et la sincérité de mes déclarations et ne pas avoir caché ou dissimulé d'éléments nécessaires à l'assureur pour apprécier les risques à garantir.
- Déclare ne pas ignorer que conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et que conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Je reconnaissais avoir pris connaissance et compris le document d'information joint en annexe concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli dans le cadre de la convention AERAS.

Fait à TOULOUSE, le 14 / 12 / 2017
Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « certifié exact »

certifié exact

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant et pouvez-vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite adressée par courrier à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 PARIS CEDEX 9. (18.11.2016)

Nom de la personne à assurer : HEDDE Prénom : Noé Date de naissance : 13 11 1990Domicile actuel : 61 BIV Pierre Paul Riquet Code postal : 31000 Ville : TOULOUSE

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ COMPLET

Ce document fait partie intégrante de la proposition d'assurance. Il est un élément indispensable, qui concourt à une juste appréciation du risque. Les réponses données serviront de base au contrat. Aussi, nous attirons votre attention sur la nécessité de prendre le temps de la réflexion et de remplir ce questionnaire avec le plus grand soin et de manière précise. **Vous pouvez le remplir sur place ou à votre domicile.** A défaut de réponse de votre part, nous ne pourrons pas statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance.

Vous avez la possibilité dans certains cas de ne pas déclarer au Médecin Conseil une affection cancéreuse entrant dans le cadre du Droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS. Afin de connaître les modalités d'application du « Droit à l'oubli », nous vous invitons à lire attentivement le document d'information joint en annexe du questionnaire.

Vous devez apporter un caractère totalement confidentiel à vos réponses, et transmettre directement votre questionnaire au Médecin Conseil - AON France, Assurances Risques Services - Service Crédit Emprunteur - 28, allée de Bellevue - 16918 ANGOULÈME CEDEX 9.

RÉPONDRE EXPLICITEMENT À TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI OU NON — UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE RÉPONSE

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
1/ Au cours des 10 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal), hors maternité ?	<u>OUI</u>	Date(s) : <u>aout 2012</u> Durée(s) : <u>15 jours</u> Motif(s) : <u>Fracture du fémur</u>
2/ Au cours des 10 dernières années, avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	<u>NON</u>	Motif(s) : Date de début : Durée :
3/ Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?	<u>NON</u>	Le ou lesquels ? À quelle date ? Durée : Motif(s) :
4/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?	<u>NON</u>	Date(s) : Durée(s) : Motif(s) :
5/ Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant sur les virus des hépatites B ou C (VHB, VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?	<u>NON</u>	Le ou lesquels ? Date(s) :
6/ Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années ou êtes-vous actuellement atteint d'une ou plusieurs affection(s) médicale(s) telle(s) que : tension artérielle élevée, cholestérol, triglycérides, diabète, maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, hépatiques, urogénitales, des os, des articulations, de la colonne vertébrale - y compris lombalgies ou sciatiques, neurologiques, psychiques y compris dépression, fibromyalgie, maladies du sang ou de la peau, ophtalmologiques, tumeurs ?	<u>NON</u>	Date(s) : Nature(s) : Traitement(s) : Date de fin de traitement ou date de fin de protocole thérapeutique : Séquelle(s) :
7/ Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<u>NON</u>	Le ou lesquels ? Depuis quelle date ? Motif(s) :
8/ Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?	<u>NON</u>	Depuis quelle date ? Motif(s) :

RÉPONDRE EXPLICITEMENT À TOUTES LES QUESTIONS PAR OUI ou NON — UN TRAIT NE CONSTITUANT PAS UNE RÉPONSE

Questions	Réponses	En cas de réponse(s) positive(s), donner les précisions demandées
9/ Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	NON	Depuis quand? À quel taux ou quelle catégorie? Pourquoi? Quel est l'organisme qui verse la prestation?
10/ Êtes-vous fumeur ? Consommez-vous des produits contenant de la nicotine (patch, gomme, inhalateur ...) ? Etes-vous consommateur régulier d'alcool ?	NON NON NON	Nombre de cigarettes/jour: Depuis quel âge? Type: Quantité : Type: Quantité :
11/ Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou examens médicaux ?	NON	À quelle date ? Motif(s):
Taille : <u>180</u> en cm Poids : <u>73</u> en kg		

Conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et conformément à l'article L 113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant et pouvez vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite adressée par courrier à l'attention du Médecin Conseil - Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 PARIS CEDEX 9.

Vos données de santé à caractère confidentiel sont destinées au service Médecine Conseil de l'assureur, aux personnels habilités de son délégataire et le cas échéant à celui de son réassureur. Ces données une fois strictement anonymisées peuvent faire l'objet d'analyses statistiques, celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris le document d'information joint en annexe concernant les modalités de l'application du Droit à l'Oubli dans le cadre de la convention AERAS.

Je certifie l'exactitude des réponses ci-dessus. Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de sa date de signature.

En signant ce document, je consens expressément à ce que les données de santé me concernant fassent l'objet d'un traitement par les services de l'assureur, de son délégataire et de son réassureur, ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance.

Fait à Toulouse le 14/12/2014

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « certifié exact » :

certifié exact 



malakoff médéric

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION AUX CONTRATS N° 28.625 ET N° 925102

S'il s'agit d'une clientèle « SENIOR », cocher la case ci-après ☐
(âge supérieur ou égal à 65 ans mais inférieur à 70 ans)

ActionLogement AL

AST92

Dossier N°

À remplir et à signer par la personne à assurer

Je soussigné(e), HEDDE Noé
Date de naissance 13/11/1990 Profession actuelle ingénieur

Intervenant en qualité de ⁽¹⁾ : emprunteur coemprunteur caution

Non salarié(e) Salarié(e) ⁽¹⁾ Relève du régime d'assurance chômage du PÔLE EMPLOI ⁽¹⁾ : oui non

Adresse, no et rue 41 bis, rue Pierre Paul Riquet Code postal 31100

Ville ou commune Toulouse Code postal 31100

Adresse future, no et rue 27, rue des Fontaines Code postal 31100

Ville ou commune future Toulouse Code postal 31100

Demande à adhérer aux garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A), Incapacité temporaire totale (I.T.T) et Incapacité permanente totale (I.P.T) du contrat d'assurance collective n° 28.625 et désigne ACTION LOGEMENT SERVICES comme bénéficiaire irrévocable des prestations correspondant aux garanties.

N.B. indiquer les caractéristiques relatives à chaque prêt.

Encours des autres prêts Action Logement Services assurés auprès de Quatrem :	€		
Caractéristiques	1er prêt	2ème prêt	
N° de votre dossier de prêt			
Type de prêt *	1 02 03	1 02 03	
Montant initial du capital assuré	20 000	€	
Taux de couverture d'assurance (quotité)	100	%	
Durée totale du prêt (y compris différé)	240	mois	
Durée du différé d'amortissement	□ < 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé	□ < 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé	

* 1 - Prêts Action Logement / 2- Prêt relais / 3- Prêt acquisition logement HLM ou PSLA

Garantie perte d'emploi En complément des garanties Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T., je demande à bénéficier de la garantie Perte d'emploi ⁽¹⁾ :	A signer uniquement si Garantie perte d'emploi souscrite Je déclare : <ul style="list-style-type: none"> • être âgé de moins de 60 ans, • exercer, à ce jour, une activité salariée non saisonnière à temps plein au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée, • ne pas être en période de préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite, • ne pas être en période d'essai, • ne pas être en chômage total ou partiel. Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :
Taux de couverture d'assurance :% ⁽¹⁾ Cocher la case correspondante	

Déclaration de la personne à assurer

Je soussigné(e) :

- donne mon consentement à l'assurance et accepte qu'ACTION LOGEMENT SERVICES soit bénéficiaire de l'ensemble des prestations à concurrence des sommes lui étant dues ;
- reconnaît avoir eu connaissance que, si je souhaite la confidentialité de certains renseignements médicaux figurant sur le(s) questionnaire(s), j'ai la possibilité de remplir cette demande individuelle d'adhésion dans un espace isolé ou à mon domicile et de l'adresser au Médecin Conseil - AON France, Assurances Risques Services - Service Crédit Emprunteur - 28, allée de Bellevue - 16 918 ANGOULÈME CEDEX 9 ;
- déclare être informé(e) que si ma demande individuelle d'adhésion à la présente assurance, au titre d'un prêt immobilier est refusée pour des raisons liées à mon état de santé, une assurance dite de 2e niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2e niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3e niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet : www.aeras-infos.fr ;
- reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du présent contrat, en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui m'est destinée ;
- m'engage à payer les cotisations à ma charge et autorise le prélèvement de mes cotisations par ACTION LOGEMENT SERVICES ;
- reconnaît avoir reçu et pris connaissance des dispositions de la convention AERAS ;
- déclare être informé(e) que les données communiquées dans le cadre de ma demande individuelle d'adhésion au présent contrat d'assurance sont destinées à Quatrem, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données me concernant et peux m'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Je peux exercer ces droits, en justifiant de mon identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil de Quatrem et transmises par courrier. Je dispose également du droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.
- certifie exactes et sincères les informations figurant sur la présente demande individuelle d'adhésion et les réponses portées dans le(s) questionnaire(s) de santé, et reconnaît être informé(e) conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Fait à Toulouse Le 14.12.2017

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :

certifié exact 

Décision de l'assureur

Cachet d'ACTION LOGEMENT SERVICES

DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHÉSION AUX CONTRATS N° 28.625 ET N° 925102

S'il s'agit d'une clientèle « SENIOR », cocher la case ci-après ☐
(âge supérieur ou égal à 65 ans mais inférieur à 70 ans)

AST92

Dossier N°.....

À remplir et à signer par la personne à assurer

Je soussigné(e), <u>HEDDE Noë</u>	Profession actuelle <u>ingénieur</u>
Date de naissance <u>13/11/1980</u>	
Intervenant en qualité de <input checked="" type="checkbox"/> emprunteur <input type="checkbox"/> coemprunteur <input type="checkbox"/> caution	
<input type="checkbox"/> Non salarié(e) <input checked="" type="checkbox"/> Salarié(e) (1) Relève du régime d'assurance chômage du PÔLE EMPLOI (1) : oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	
Adresse, no et rue <u>41 Blv. Pierre Paul Riquet</u>	
Ville ou commune <u>Toulouse</u> Code postal <u>31100</u>	
Adresse future, no et rue <u>27 Rue des Fontaines</u>	
Ville ou commune future <u>Toulouse</u> Code postal <u>31100</u>	

Demande à adhérer aux garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A), Incapacité temporaire totale (I.T.T) et Incapacité permanente totale (I.P.T) du contrat d'assurance collective n° 28.625 et désigne ACTION LOGEMENT SERVICES comme bénéficiaire irrévocable des prestations correspondant aux garanties.

N.B. indiquer les caractéristiques relatives à chaque prêt.

Encours des autres prêts Action Logement Services assurés auprès de Quatrem :	€
Caractéristiques	1er prêt
N° de votre dossier de prêt	2ème prêt
Type de prêt *	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Montant initial du capital assuré	<u>20 000</u> €
Taux de couverture d'assurance (quotité)	<u>100</u> %
Durée totale du prêt (y compris différé)	<u>240</u> mois
Durée du différé d'amortissement	<input type="checkbox"/> ≤ 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé
	<input type="checkbox"/> ≤ 10 ans <input type="checkbox"/> > 10 ans <input type="checkbox"/> sans différé

* 1 - Prêts Action Logement / 2- Prêt relais / 3- Prêt acquisition logement HLM ou PSLA

Garantie perte d'emploi En complément des garanties Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T., je demande à bénéficier de la garantie Perte d'emploi (1): <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	A signer uniquement si Garantie perte d'emploi souscrite Je déclare : • être âgé de moins de 60 ans, • exercer, à ce jour, une activité salariée non saisonnière à temps plein au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée, • ne pas être en période de préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite, • ne pas être en période d'essai, • ne pas être en chômage total ou partiel. Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :
--	---

Déclaration de la personne à assurer

- Je soussigné(e) :
 • donne mon consentement à l'assurance et accepte qu'ACTION LOGEMENT SERVICES soit bénéficiaire de l'ensemble des prestations à concurrence des sommes lui étant dues ;
 • reconnaît avoir eu connaissance que, si je souhaite la confidentialité de certains renseignements médicaux figurant sur le(s) questionnaire(s), j'ai la possibilité de remplir cette demande individuelle d'adhésion dans un espace isolé ou à mon domicile et de l'adresser au Médecin Conseil - AON France, Assurances Risques Services - Service Crédit Emprunteur - 28, allée de Bellevue - 16 918 ANGOULÈME CEDEX 9 ;
 • déclare être informé(e) que si ma demande individuelle d'adhésion à la présente assurance, au titre d'un prêt immobilier est refusée pour des raisons liées à mon état de santé, une assurance dite de 2e niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2e niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3e niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet : www.aeras-infos.fr ;
 • reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du présent contrat, en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui m'est destinée ;
 • m'engage à payer les cotisations à ma charge et autorise le prélèvement de mes cotisations par ACTION LOGEMENT SERVICES ;
 • reconnaît avoir reçu et pris connaissance des dispositions de la convention AERAS ;
 • déclare être informé(e) que les données communiquées dans le cadre de ma demande individuelle d'adhésion au présent contrat d'assurance sont destinées à Quatrem, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données me concernant et peux m'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Je peux exercer ces droits, en justifiant de mon identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgl.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil de Quatrem et transmises par courrier. Je dispose également du droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.
 • certifie exactes et sincères les informations figurant sur la présente demande individuelle d'adhésion et les réponses portées dans le(s) questionnaire(s) de santé, et reconnaît être informé(e) conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Fait à Toulouse Le 14.12.2017

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact" :

certifié exact

Décision de l'assureur	Cachet d'ACTION LOGEMENT SERVICES