



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

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) (1) ☒ Salarié(e) (1) Relève du régime d'assurance chômage du PÔLE EMPLOI (1) : oui ☐ non ☒
Adresse, no et rue 47 Blv. Pierre Paul Riquet
Ville ou commune TOULOUSE Code postal 31400
Adresse future, no et rue 97 rue des Fontaines
Ville ou commune future TOULOUSE Code postal 31000

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 *	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input 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	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 ;
- reconnais 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 ANGOULÊME 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 ;
- reconnais 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 ;
- reconnais 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 reconnais 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



malakoff médéric
AST92

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

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 Personnels de Malakoff Médéric, à son délégataire 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 : | | | | |

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

Adresse : 41 BL Pierre Paul Riquet

Code postal : 31200 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 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.

Fait à TOULOUSE, le 14 / 12 / 2012
Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « certifié exact »

certifié exact

Numéro de contrat : 0028.625 00000 000 - ACTION LOGEMENT SERVICES

Nom de la personne à assurer : HEDDE Prénom : Noé Date de naissance : 13/11/1990

Domicile actuel : 41 Biv Pierre Paul Riouet 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 pourrions 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 ANGOULÊME 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 ?	OUI	Date(s) : août 2012 Durée(s) : 15 jours Motif(s) : Fracture du fémur
2/ Au cours des 10 dernières années, avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ?	NON	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 ?	NON	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 ?	NON	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 ?	NON	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 ?	NON	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 ?	NON	Le ou lesquels ? Depuis quelle date ? Motif(s) :
8/ Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?	NON	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 ?	<u>NON</u>	Depuis quand? À quel taux ou quelle catégorie? Pourquoi? Quel est l'organisme qui verse la prestation?
10/ Êtes-vous fumeur ?	<u>NON</u>	Nombre de cigarettes/jour: Depuis quel âge?
Consommez-vous des produits contenant de la nicotine (patch, gomme, inhalateur ...)?	<u>NON</u>	Type: Quantité:
Etes-vous consommateur régulier d'alcool ?	<u>NON</u>	Type: Quantité:
11/ Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou examens médicaux ?	<u>NON</u>	À quelle date ? Motif(s):

Taille : 180 en cm

Poids : 90 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

ActionLogement

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), HEDDE Née
Date de naissance 13/11/1990 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 Biv. Pierre Paul Riquet
Ville ou commune TOULOUSE Code postal 31400
Adresse future, no et rue 27 rue des Fontaines
Ville ou commune future TOULOUSE Code postal 31000

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 *	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input 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	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 ;
- reconnais 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 ANGOULÊME 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 ;
- reconnais 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 ;
- reconnais 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 reconnais 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



malakoff médéric

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

ActionLogement

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), HEUDE Noé
 Date de naissance 13/11/1980 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 Blv. Pierre Paul Riquet
 Ville ou commune TOULOUSE Code postal 31000
 Adresse future, no et rue 37 rue des Fontaines
 Ville ou commune future TOULOUSE Code postal 31000

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 *	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input 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	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 ;
- reconnais 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 ANGOULÊME 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 ;
- reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du présent contrat, en acceptant 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 ;
- reconnais 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 reconnais 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