

(à lire entièrement avant de compléter votre bulletin d'adhésion)



## ASSURANCE

pour un prêt au taux nominal de 1,5 %




Pour votre sérénité, ASTRIA vous propose de souscrire à l'une des options offertes par son contrat d'assurance groupe n° 0023 554 00001 000 & 1766/373 souscrit auprès des compagnies CARDIF Assurance Vie et Assurances Risques Divers et QUATREM Assurances Collectives.

Selon l'option choisie, en cas de sinistre, les mensualités dues seront remboursées à votre place.

Avec ces formules d'assurances vous protégez votre famille des risques financiers en cas de décès ou d'incapacité de travail.

**Mettez votre famille à l'abri  
de toute conséquence financière  
avec la formule décès / incapacité de travail**

## Des conditions simples, économiques et adaptées à votre situation : 3 formules !

Montant mensuel par tranche de 1 000 € empruntés	option 1 0,10 € 	option 2 0,20 € 	option 3 0,30 € 
Coût de la cotisation d'assurance	0,12 %	0,24 %	0,36 %
	par an du capital assuré		
Garanties couvertes	Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie (option réservée aux coemprunteurs sans activité professionnelle)	Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie / Incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale de travail	Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie / Incapacité temporaire totale ou incapacité permanente totale de travail et perte d'emploi (option réservée aux salariés de moins de 55 ans à la date d'adhésion et pour les seuls prêts immobiliers amortissables)

## Des modalités de souscriptions simples et rapides

### Des bulletins individuels d'adhésion Décès / Incapacité de travail sont délivrés par ASTRIA.

Chaque emprunteur et coemprunteur souhaitant être assuré doit remplir et signer un contrat d'adhésion.

Dans le cas de souscription d'assurance Décès / Incapacité de travail, par l'emprunteur et le coemprunteur, deux bulletins d'adhésion doivent par conséquent être remplis.

### Garantie Décès / Incapacité de travail

- Il vous suffit de remplir et de signer la déclaration d'état de santé figurant sur le bulletin individuel d'adhésion (encours assuré augmenté du montant du prêt inférieur à 23 000 €)
- Si vous êtes bénéficiaire de prêts ASTRIA et si votre encours assuré augmenté du prêt est égal ou supérieur à 23 000 € ou si vous n'êtes pas en mesure de souscrire à la déclaration de bon état de santé, remplissez les questionnaires de santé simplifié ou complet (page de droite du bulletin d'adhésion).
- Chaque bulletin individuel d'adhésion doit être adressé à ASTRIA. Vous avez toutefois la possibilité d'envoyer votre bulletin individuel d'adhésion, sous pli confidentiel, à l'attention de **Monsieur le Médecin Chef - CARDIF Assurances Risques Divers - 4 rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex**

# Comment compléter votre bulletin d'adhésion

**RECTO**

**BULLETIN D'ADHÉSION**  
 Contrat d'assurance des emprunteurs n° 0023554 00001 000  
**ASTRIA 1% Logement**  
**"DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITÉ DE TRAVAIL - PERTE D'EMPLOI"**

**À REMPLIR EN MAJUSCULES**

**PERSONNE À ASSURER**  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Intervenant en qualité de :  emprunteur  coemprunteur  conjoint ou concubin de l'emprunteur

**PRÊT PARTIE REMPLIE PAR ASTRIA :**  
 N° du prêt : \_\_\_\_\_ Nature : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_ € Durée : \_\_\_\_\_ mois Date de l'acceptation de l'offre de prêt : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OPTION DE GARANTIE RETENUE**  
 Option 1 : décès / perte totale et irréversible d'autonomie (réservée aux coemprunteurs sans activité professionnelle)  
 Option 2 : décès / perte totale et irréversible d'autonomie / incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale de travail  
 Option 3 : décès / perte totale et irréversible d'autonomie / incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale de travail et perte d'emploi (option réservée aux salariés et pour les seuls prêts immobiliers amortissables)

**QUOTITÉ GARANTIE (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)**  
 100 % sur une tête  50 % - 50 % sur deux têtes  100 % sur deux têtes  
 Pour le choix sur deux têtes, deux bulletins d'adhésion sont à remplir.

Encours de prêts consentis par ASTRIA (ou antérieurement par l'APEC 1% Logement ou l'OCIL) assuré à ce jour sur la tête de la personne à assurer, compte tenu de la quotité garantie pour chaque prêt : \_\_\_\_\_ €

**DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER**  
 Je soussigné(e) :  
 • demande mon adhésion au contrat d'assurance des emprunteurs n° 0023 554 00001 000,  
 • donne mon consentement à l'assurance en cas de décès,  
 • accepte que l'organisme prêteur soit bénéficiaire des prestations à concurrence des sommes lui étant dues,  
 • m'engage à couvrir les cotisations d'assurance qui seront débitées d'office par l'organisme prêteur,  
 • certifie exactes et sincères les réponses figurant sur le présent bulletin d'adhésion,  
 • déclare avoir été informé(e) d'une assurance dite de 2<sup>e</sup> niveau, uniquement en Décès, me sera automatiquement proposée si l'adhésion à l'assurance groupe m'est refusée,  
 • avoir eu connaissance que, si je souhaite la confidentialité de certains renseignements médicaux, j'ai la possibilité de transmettre le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé à l'attention de : Monsieur le Médecin Chef - CARDIF Assurances Risques Divers - 4 rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex,  
 • reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information figurant avec le feuillet de la présente liasse qui m'est destiné.

Signature de la personne à assurer Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
 Signature précédée de la mention MANUSCRITE "CERTIFIÉ EXACT"

**DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ**  
 (si l'encours est inférieur ou égal à 23 000 euros)  
 Je déclare que je suis âgé(e) de moins de 65 ans et être en bonne santé, ne pas avoir subi d'arrêt de travail de plus d'un mois continu au cours de ces 3 dernières années pour raison de santé, ne pas être actuellement en interruption de travail pour cause de maladie ou d'accident, ne bénéficier d'aucune pension ou rente d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle, n'être atteint(e) d'aucune infirmité, n'être soumis(e) à aucun traitement.

Signature de la personne à assurer Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
 Signature précédée de la mention MANUSCRITE "CERTIFIÉ EXACT"

**DÉCLARATION DE PLEIN EMPLOI (Si l'option 3 est souscrite)**  
 Je déclare ce jour, être âgé(e) de moins de 55 ans, exercer une activité salariée sous contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois continus chez le même employeur, n'être ni en période d'essai ou au chômage partiel, ni en procédure de licenciement, de démission ou de mise en préretraite.

Signature de la personne à assurer Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
 Signature précédée de la mention MANUSCRITE "CERTIFIÉ EXACT"

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, toute fausse déclaration ou toute réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité de l'assurance.

DÉCISION DE L'ASSUREUR

Important : La validité des présentes déclarations est de 180 jours. FEUILLET : 1 ASSUREUR

**Rappel**

- L'assurance DIT est obligatoire (sauf pour les crédits régis par la loi du 6 janvier 1978).
- Les bulletins d'adhésion doivent être complétés **sans aucune rature**.

→ L'emprunteur et le coemprunteur doivent compléter entièrement un bulletin d'adhésion.  
 Cochez les cases correspondant à votre situation.

→ Cette partie sera complétée par ASTRIA

→ Cochez la case correspondant à l'option que vous avez choisie (voir les explications page 2).

→ Cochez la case correspondant à la quotité que vous avez choisie (Voir les explications page 2).

→ À ne compléter que si vous avez d'autres prêts en cours chez ASTRIA.

→ Lisez la déclaration point par point, datez et signez sans oublier la mention "certifié exact".

→ Lisez la déclaration d'état de santé. Si vous pouvez y souscrire, datez et signez en n'oubliant pas la mention "certifié exact".  
 Si ce n'est pas le cas, complétez au verso du bulletin, le questionnaire de santé simplifié et, s'il y a lieu, le questionnaire de santé complet.

→ Si vous savez choisir l'option 3, c'est à dire l'assurance DIT et la garantie perte d'emploi, vous devez lire la déclaration de plein emploi. Si vous remplissez les critères d'obtention, vous devez dater et signer cette déclaration en n'oubliant pas la mention "certifié exact".

**ASSURÉ**  
**verso**

**CONTRAT N° 0023554 00001 000**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ Montant du prêt : \_\_\_\_\_ €

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ**  
 Si vous ne pouvez pas souscrire à la déclaration d'état de santé ou si le capital à garantir est supérieur à 23 000 euros plus inférieur ou égal à 69 000 euros

1/ Avez-vous été atteint(e) de maladies graves ou chroniques ? \_\_\_\_\_ répondre par OUI ou NON  
 2/ Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? \_\_\_\_\_  
 3/ Au cours des 5 dernières années, à la suite de maladies ou d'accidents, avez-vous eu des arrêts de travail de plus d'un mois (sauf congé légal de maternité) ? \_\_\_\_\_  
 4/ Prenez-vous régulièrement des médicaments ? \_\_\_\_\_  
 5/ Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite pour raison de santé ? \_\_\_\_\_  
 6/ Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité ou en état d'invalidité ? \_\_\_\_\_  
 Taille en cm : \_\_\_\_\_ Poids en kg : \_\_\_\_\_ "ÉCART" (taille en cm, moins 100, moins poids en kg) : \_\_\_\_\_  
 Si cet "ÉCART" est supérieur à 20 ou si vous avez répondu "oui" à l'une des questions, veuillez répondre au questionnaire de santé complet.

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact"  
 Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ COMPLET**  
 (Si vous ne pouvez pas souscrire à la déclaration d'état de santé, ou si vous avez répondu "oui" à l'une des questions du questionnaire de santé simplifié ou si le capital à garantir est supérieur à 69 000 euros)

Répondre par OUI ou NON (Un trait ne constitue pas une réponse) et donner les précisions suivantes :

Connaissez-vous votre tension artérielle ?	_____	Maxi ? _____	Date de la dernière prise : ____/____/____
Quand avez-vous consulté un médecin pour la dernière fois ?	_____	Date ? _____	Mois ? _____
Êtes-vous atteint(e) d'une faiblesse ou maladie des yeux ou des oreilles ?	_____	Laquelle ? _____	À quelle date : ____/____/____
Avez-vous séjourné dans une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	_____	À quelle date : ____/____/____	Traitement ? _____
Pour les femmes : - Êtes-vous enceinte ?	_____	De combien de mois ? _____	
- Avez-vous eu une grossesse nécessitant une surveillance particulière ?	_____	Date ? ____/____/____	Cause ? _____
Des propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été :	_____	Date ? ____/____/____	Pour quel motif ? _____
- refusées ou ajournées ?	_____	Date ? ____/____/____	Pour quel motif ? _____
- acceptées avec surprime ?	_____	Date ? ____/____/____	Pour quel motif ? _____
- acceptées avec exclusions ?	_____		
Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	_____	Lesquelles ? _____	Quantité par jour ? _____
Fumez-vous ?	_____	Quantité par jour ? _____	
1. Maladies graves ou chroniques (affection cardiaque, pulmonaire, digestive, rénale, maladies du dos, maladies du système nerveux y compris dépression nerveuse, tumeur ou cancer, hypertension artérielle, varice...) : précisez	_____	Lesquelles ? _____	Date ? ____/____/____
Avez-vous été hospitalisé(e) ?	_____	Traitement ? _____	Séquelles ? _____
2. Intervention(s) chirurgicale(s) : précisez	_____	Date ? ____/____/____	Séquelles ? _____
3. Au cours des 5 dernières années, si vous avez interrompu votre travail pendant plus d'un mois : précisez	_____	Périodes d'arrêt ? _____	Mois ? _____
Avez-vous suivi un traitement (médicaments, piqûres, radiations, stations thermales...) : précisez	_____	Traitement suivi ? _____	Durée ? _____
Avez-vous été hospitalisé(e) à cette occasion ?	_____	Lesquelles ? _____	
Avez-vous subi des examens ou analyses (électrocardiogramme, scanner...) : précisez	_____	Lesquelles ? _____	
4. Médicaments : précisez	_____	Motif ? _____	Depuis quand ? _____
5. Si vous êtes actuellement en arrêt de travail ou exercez une activité réduite pour raison de santé : précisez	_____	Motif ? _____	Depuis quand ? _____
6. Infirmité ou invalidité : indiquez si elle est congénitale ou si elle est la conséquence d'une maladie ou d'un accident	_____	Laquelle ? _____	
Si vous êtes titulaire d'une pension : précisez	_____	A quelle date ? ____/____/____	Taux ? _____
	_____	À quel titre ? Civil ?	Militaire ? _____
	_____	Motif ? _____	Taux ? _____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite "certifié exact"  
 Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT COMPLÈMENT D'INFORMATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE À ASSURER.  
 Important : La validité des présentes déclarations est de 180 jours.

→ Le VERSO est à compléter par l'assuré **UNIQUEMENT** si c'est nécessaire.

→ **Questionnaire de santé simplifié**  
 À compléter par l'assuré si la déclaration d'état de santé (au recto) n'a pu être souscrite **OU** si le montant du prêt augmenté de l'encours de prêt chez ASTRIA est **supérieur à 23 000 €** (ne pas oublier de dater et de signer avec la mention "certifié exact").

→ **Questionnaire de santé complet**  
 À compléter uniquement :  
 • Si vous avez répondu "oui" à l'une des questions du **questionnaire de santé simplifié**,  
 • Si le résultat de votre taille en cm, moins 100, moins le poids en kg est supérieur à 20,  
 • Si le prêt est supérieur à 69 000 €.

→ Ne pas oublier de dater et de signer avec la mention "certifié exact".

**Rappel**

Lorsque l'emprunteur ou le coemprunteur a complété le questionnaire de santé complet, il doit insérer le bulletin dans l'enveloppe "Confidentiel" jointe au dossier.

Elle devra être affranchie, cachetée et complétée afin que nous puissions l'adresser au médecin conseil de notre compagnie d'assurance.

Pour être assurés, l'emprunteur et le coemprunteur doivent remplir et signer un bulletin individuel d'adhésion.

## Documents joints à la demande de prêt

- **Une notice d'information du contrat d'assurance** : à lire attentivement et à conserver.
- **Deux bulletins d'adhésion** : un bulletin pour chaque emprunteur, à compléter **sans aucune rature**. Chaque bulletin comporte :
  - **au recto**, **3 FEUILLETS**, autocopiants à compléter ; celui destiné à l'assuré, vous sera retourné après avoir été complété par ASTRIA dans la partie nous étant réservée (voir page 3)
  - **au verso**, **1 FEUILLET** à compléter uniquement si vous êtes dans l'un des cas suivants :
    - Vous ne pouvez pas signer la **déclaration d'état de santé** au recto du bulletin
    - Votre prêt 1 % Logement (plus l'encours d'autres prêts chez ASTRIA) est **supérieur à 23 000 €**
- **Une enveloppe "Confidentiel"** : à utiliser **UNIQUEMENT** si vous avez complété le **Questionnaire de santé complet**. Si c'est le cas, insérez vos documents dans cette enveloppe que vous aurez complétée, cachetée et timbrée et joignez-la à votre demande de prêt.

**Elle sera adressée par NOS SOINS au Médecin Chef de la compagnie d'assurance mentionnée ci-dessus.**

### ASTRIA Île-de-France (Siège social)

1 square Chaptal - 92309 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

**Tél. : 01 57 77 50 00**

#### ASTRIA à BEAUVAIS :

52 avenue de la République  
BP 40604  
60006 BEAUVAIS CEDEX  
Tél. : 03 44 48 58 21  
Fax : 03 44 48 27 10

#### ASTRIA à BORDEAUX :

Béryl 1  
22 rue Jacques-Prévert  
33692 MÉRIGNAC CEDEX  
Tél. : 05 56 17 43 03  
Fax : 05 56 17 43 02

#### ASTRIA à MONTPELLIER :

Le Parthéna 1 CS 69001  
145 rue de l'Acropole  
34061 MONTPELLIER  
CEDEX 2  
Tél. : 04 67 42 17 70  
Fax : 04 67 42 17 79

#### ASTRIA à NICE :

Arénas, porte C  
455 Promenade des Anglais  
06299 NICE CEDEX 03  
Tél. : 04 93 18 18 06  
Fax : 04 93 71 50 69

#### ASTRIA à RENNES :

6 rue de l'Abbé-Grégoire  
CS 50824  
35208 RENNES CEDEX 02  
Tél. : 02 99 22 20 40  
Fax : 02 99 32 37 60

#### ASTRIA à LYON :

20 rue Childebert  
69291 LYON CEDEX 02  
Tél. : 04 37 23 51 70  
Fax : 04 72 40 08 76

#### ASTRIA à TOULOUSE :

9 rue Ritay  
31000 TOULOUSE  
Tél. : 05 62 73 34 50  
Fax : 05 62 73 34 59

#### ASTRIA à MARSEILLE :

Le Grand Prado,  
6 allées Turcat-Méry  
13008 MARSEILLE  
Tél. : 04 91 29 62 29  
Fax : 04 91 29 62 22