



Nom :	Prénoms :
Nom de jeune fille :	Date de naissance : ___/___/___
Profession :	Montant du prêt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

SI VOUS NE POUVEZ PAS SOUSCRIRE À LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ OU SI LE CAPITAL À GARANTIR AUGMENTÉ DE L'ENCOURS EST SUPÉRIEUR À 23.000 euros mais INFÉRIEUR OU ÉGAL À 69.000 euros

	répondre par OUI ou NON
1/ Avez-vous été atteint(e) de maladies graves ou chroniques ? .....	<input type="text"/>
2/ Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? .....	<input type="text"/>
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) ? .....	<input type="text"/>
4/ Prenez-vous régulièrement des médicaments ? .....	<input type="text"/>
5/ Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite pour raison de santé ? .....	<input type="text"/>
6/ Êtes-vous atteint(e) d'une infirmité ou en état d'invalidité ? .....	<input type="text"/>
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 ?	<input type="text"/>	Mini ? ..... Date de la dernière prise : ___/___/___ Maxi ? .....
Quand avez-vous consulté un médecin pour la dernière fois ?	<input type="text"/>	Date ? ..... Motif ? .....
Êtes-vous atteint(e) d'une faiblesse ou maladie des yeux ou des oreilles ?	<input type="text"/>	Laquelle ? ..... À quelle date : ___/___/___ Cause ? ..... Traitement ? .....
Avez-vous séjourné dans une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	<input type="text"/>	À quelle date : ___/___/___ Traitement ? ..... Motif ? ..... Durée ? .....
Pour les femmes : - Êtes-vous enceinte ? - Avez-vous eu une grossesse nécessitant une surveillance particulière ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	De combien de mois ? ..... Date ? ___/___/___ Cause ? .....
Des propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été : - refusées ou ajournées ? - acceptées avec surprime ? - acceptées avec exclusions ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date ? ___/___/___ Pour quel motif ? ..... Date ? ___/___/___ Pour quel motif ? ..... Date ? ___/___/___ Pour quel motif ? .....
Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Fumez-vous ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	Lesquelles ? ..... Quantité par jour ? ..... 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, artérite, varice ...) : précisez. Avez-vous été hospitalisé(e) ?	<input type="text"/>	Lesquelles ? ..... Date ? ___/___/___ Traitement ? ..... Séquelles ? ..... Motif ? ..... Durée ? .....
2. Intervention(s) chirurgicale(s) : précisez	<input type="text"/>	Lesquelles ? ..... Date ? ___/___/___ Séquelles ? .....
3. Au cours des 5 dernières années, si vous avez interrompu votre travail pendant plus d'un mois : précisez. Avez-vous suivi un traitement (médicaments, piqûres, radiations, stations thermales ...) : précisez Avez-vous été hospitalisé(e) à cette occasion ? Avez-vous subi des examens ou analyses (électrocardiogramme, scanner ...) : précisez	<input type="text"/>	Périodes d'arrêt ? ..... Motif ? ..... Traitement suivi ? ..... Durée ? ..... Lesquels ? .....
4. Médicaments : précisez	<input type="text"/>	Lesquels ? ..... Motif ? ..... Depuis quand ? .....
5. Si vous êtes actuellement en arrêt de travail ou exercez une activité réduite pour raison de santé : précisez	<input type="text"/>	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. Si vous êtes titulaire d'une pension : précisez	<input type="text"/>	Laquelle ? ..... À 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 COMPLÉMENT D'INFORMATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE À ASSURER.

**Important : La validité des présentes déclarations est de 180 jours.**

# BULLETIN D'ADHÉSION

Contrat d'assurance des emprunteurs n° 0023554 00001 000

## "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 (amortissable ou in fine)	Montant	Durée	Date de l'acceptation de l'offre de prêt
_____	_____	_____ €	_____ mois	___/___/_____

**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 (COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE)**

100 % sur une tête  50 % - 50 % sur deux têtes  100 % - 100 % sur deux têtes  
 Pour le choix des 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) qu'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 **ASTRIA - Médecin Chef - CARDIF Assurances Risques Divers - 1 square Chaptal - 92309 Levallois-Perret 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 ce jour être âgé(e) de moins de 65 ans et être en bonne santé, ne pas devoir être, dans les prochains mois, hospitalisé(e), opéré(e) ou subir des analyses approfondies, 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 .....  
 SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION Le .....

MANUSCRITE "CERTIFIÉ EXACT"

Si vous ne pouvez pas souscrire à cette déclaration ou si l'opération de crédit augmentée de l'encours est supérieure à 23 000 euros, veuillez répondre au questionnaire de santé "simplifié" ou "complet".

### 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 ou retraite.

Signature de la personne à assurer Fait à .....  
 SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION Le .....

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

L1100 - 101\_0074\_ - 16 000 ex. - 02/2011

## BULLETIN D'ADHÉSION

**Contrat d'assurance des emprunteurs n° 0023554 00001 000**

### "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 : <input type="checkbox"/> emprunteur <input type="checkbox"/> coemprunteur <input type="checkbox"/> conjoint ou concubin de l'emprunteur	

PRÊT PARTIE REMPLIE PAR ASTRIA :				
N° du prêt	Nature (amortissable ou in fine)	Montant	Durée	Date de l'acceptation de l'offre de prêt
.....	.....	..... €	..... mois	___/___/_____

OPTION DE GARANTIE RETENUE	
<input type="checkbox"/>	Option 1 : décès / perte totale et irréversible d'autonomie (réservée aux coemprunteurs sans activité professionnelle)
<input type="checkbox"/>	Option 2 : décès / perte totale et irréversible d'autonomie / incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale de travail
<input type="checkbox"/>	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 (COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE)	
<input type="checkbox"/> 100 % sur une tête	<input type="checkbox"/> 50 % - 50 % sur deux têtes
<input type="checkbox"/> 100 % - 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) qu'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 **ASTRIA - Médecin Chef - CARDIF Assurances Risques Divers - 1 square Chaptal - 92309 Levallois-Perret 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 ce jour être âgé(e) de moins de 65 ans et être en bonne santé, ne pas devoir être, dans les prochains mois, hospitalisé(e), opéré(e) ou subir des analyses approfondies, 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"

Si vous ne pouvez pas souscrire à cette déclaration ou si l'opération de crédit augmentée de l'encours est supérieure à 23 000 euros, veuillez répondre au questionnaire de santé "simplifié" ou "complet".

#### 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 ou retraite.

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
------------------------

L1100 - 101\_0074\_ - 16 000 ex. - 02/2011