

ASSURANCE

pour un prêt au taux d'intérêt nominal de 2,25 %*

*Conditions en vigueur au 02/01/2012 susceptibles d'être modifiées

**Nous vous conseillons de lire entièrement ce document
avant de compléter votre bulletin d'adhésion**

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**

**UN CRÉDIT VOUS ENGAGE ET DOIT ÊTRE REMBOURSÉ.
VÉRIFIEZ VOS CAPACITÉS DE REMBOURSEMENT AVANT DE VOUS ENGAGER.**

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

3 options au choix		Emprunteur Quotité choisie	Coemprunteur Quotité choisie	Taux annuel d'assurance sur le capital emprunté	Mensualité par tranche de 1 000 € empruntés	TEG sur 10 ans (taux nominal du prêt 2,25 %)
Option 1 réservée : au coemprunteur sans activité professionnelle	Assurance D/PTIA (Décès/perce totale et irréversible d'autonomie)	(doit choisir obligatoirement l'option 2 100 % sur 1 tête)	100 % sur 1 tête	0,12 %	0,10 €	2,47 % (pour information) 2,91 % (sur 2 têtes avec emprunteur assuré en option 2)
Option 2	Assurance D/PTIA/ITT (Décès/perce totale et irréversible d'autonomie/ incapacité totale de travail)	100 % sur une tête		0,24 %	0,20 €	2,69 %
		ou				
		50 %	50 %			
		100 %	100 %	0,48 %	0,40 €	3,12 %
			sur 2 têtes			
Option 3 réservée : aux salariés de moins de 55 ans à la date d'adhésion et pour les seuls prêts immobiliers amortissables	Assurance D/PTIA/ITT/PE (Décès/perce totale et irréversible d'autonomie/ incapacité permanente totale de travail/Perte d'emploi)	100 % sur une tête		0,36 %	0,30 €	2,91 %
		ou				
		50 %	50 %			
		100 %	100 %	0,72 %	0,60 €	3,55 %
			sur 2 têtes			

Des modalités de souscriptions simples et rapides

Votre dossier d'adhésion comporte :

- **Une notice d'information du contrat d'assurance à lire attentivement et à conserver.**
- **Deux bulletins d'adhésion :**

Chaque emprunteur et/ou coemprunteur souhaitant être assuré, doit remplir un bulletin individuel d'adhésion **sans aucune rature** et sans oublier de **dater et signer** aux endroits indiqués, avec la mention **"certifié exact"**.

Au recto 3 feuillets autocopiants à compléter en choisissant les garanties souhaitées en cochant l'option correspondante.

- Les 2 premiers feuillets pour l'assureur et ASTRIA seront conservés par nos soins.
- Le 3^e feuillet destiné à l'assuré, vous sera retourné complété par ASTRIA dans la partie "Décision de l'assureur" si vous avez pu souscrire à la "Déclaration d'état de santé".

Au verso, 1 feuillet à compléter **uniquement** si :

- vous ne pouvez pas signer la **"Déclaration d'état de santé"** au recto du bulletin.
- votre prêt Action Logement (+ l'encours d'autres prêts chez ASTRIA) **est supérieur à 23 000 €**.
- vous avez plus de 65 ans.

- **Une enveloppe "CONFIDENTIEL"** : à utiliser **uniquement** si vous avez complété le **"Questionnaire de santé complet"**. Si c'est le cas, insérez votre (vos) bulletin (s) dans cette enveloppe que vous aurez complétée, cachetée, timbrée et joignez-la à votre demande de prêt afin d'être **transmise au Médecin Conseil de notre compagnie d'assurance**.

Vous avez toutefois la possibilité d'envoyer vous-même votre bulletin d'adhésion au Médecin Conseil au moyen de cette enveloppe.

Comment compléter votre bulletin d'adhésion

RECTO

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

astria
Compagnie d'Assurance

À REMPLIR EN MAJUSCULES

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Profession : _____
 Prénoms : _____ Adresse actuelle : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date de naissance : ____/____/____ Code postal : _____
 Ville : _____
 Intervenant : emprunteur coemprunteur
 en qualité de conjoint ou concubin de l'emprunteur

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 sur deux têtes, deux bulletins d'adhésion

Encours de prêts consentis par ASTRIA (ou antérieurement par l'APEC 1% Logement ou l'OCIL) assuré e 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^e 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 Chapal - 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"

À compléter uniquement si l'encours est inférieur ou égal à 23 000 €

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

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"

À compléter uniquement en cas de souscription de l'option 3

DÉCLARATION DE PLEIN EMPLOI

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 C.113-6 du Code des assurances, toute fausse déclaration ou toute réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité de l'assurance.

PRÊT PARTIE REMPLIE PAR ASTRIA :

N° du prêt : _____
 Nature (amortissable ou in fine) : _____
 Montant : _____ €
 Durée : _____ mois
 Date de l'acceptation de l'offre de prêt : _____

Important : La validité des présentes déclarations est de 180 jours. Feuillelet : 1 assureur

Rappel

- L'assurance DIT est obligatoire,
- 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.

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

→ Cochez la case correspondant à l'**option** 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".

→ Si vous savez choisi 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".

→ **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**.

→ Cette partie sera complétée par ASTRIA

verso

CONTRAT N° 0023554 00001 000

Nom de jeune fille : _____ Profession : _____
 Prénoms : _____ Date de naissance : ____/____/____
 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 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 ?
 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 : _____ "ECART" (taille en cm, moins 100, moins poids en kg) : _____
 Si cet "ECART" 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 ?	_____	Mini ? _____	Maxi ? _____	Date de la dernière prise : ____/____/____
Quand avez-vous consulté un médecin pour la dernière fois ?	_____	Date ? _____	Motif ? _____	
Êtes-vous atteint(e) d'une faiblesse ou maladie des yeux ou des oreilles ?	_____	Laquelle ? _____	À quelle date ? ____/____/____	Cause ? _____
Avez-vous séjourné dans une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?	_____	À quelle date ? ____/____/____	Traitement ? _____	Durée ? _____
Pour les femmes : - Êtes-vous enceinte ?	_____	De combien de mois ? _____	Cause ? _____	
- Avez-vous eu une grossesse nécessitant une surveillance particulière ?	_____			
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 ?	_____	Date ? _____	Pour quel motif ? _____	
Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	_____	Lesquelles ? _____	Quantité par jour ? _____	Fumez-vous ? _____
1. Maladies graves ou chroniques (affection cardiaque, pulmonaire, digestive, rénale, maladies ou docs, maladies du système nerveux y compris dépression nerveuse, tumeur ou cancer, hypertension, artériosclérose, varicelle...), précisez :	_____	Lesquelles ? _____	Date ? _____	Traitement ? _____
Avez-vous été hospitalisé(e) ?	_____	Séquences ? _____	Motif ? _____	Durée ? _____
2. Intervention(s) chirurgicale(s) : précisez :	_____	Lesquelles ? _____	Date ? _____	Séquences ? _____
3. Au cours des 5 dernières années, si vous avez interrompu votre travail pendant plus d'un mois : précisez :	_____	Réponses d'arrêt ? _____	Motif ? _____	Traitement suivi ? _____
Avez-vous suivi un traitement (médicaments, piqûres, radiations, stations thermales...) : précisez :	_____	Durée ? _____	Lesquels ? _____	
Avez-vous été hospitalisé(e) à cette occasion ?	_____			
Avez-vous subi des examens ou analyses (électrocardiogramme, scanner...) : précisez :	_____			
4. Médicaments : précisez :	_____	Lesquels ? _____	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. Si vous êtes titulaire d'une pension : précisez :	_____	Laquelle ? _____	À quelle date ? ____/____/____	Taux ? _____
		A quel titre ? Civil ?	Militaire ?	Taux ? _____
		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.

→ 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 d'être transmise au médecin conseil de notre compagnie d'assurance.

Informations complémentaires à lire

Contrat Groupe emprunteur

Ce contrat négocié par ASTRIA avec CARDIF Assurance présente plusieurs avantages :

- les formalités d'adhésion sont simples,
- la prime est calculée à base d'un taux forfaitaire appliqué sur le capital initial emprunté,
- le taux forfaitaire est unique quelque soit la profession, le sport pratiqué ou la présence de tabagisme,
- la prime est constante.

Délégation d'assurance

La loi Lagarde permet à l'emprunteur de choisir librement son assurance à condition que cette dernière constitue une garantie au moins équivalente à celle proposée par ASTRIA et le contrat Groupe CARDIF.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Si vous présentez un risque aggravé de santé qui ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions du contrat Groupe, votre dossier sera examiné à un 2^e niveau par un service médical spécialisé. Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être faite, votre dossier sera examiné par un 3^e niveau national constitué d'experts médicaux de l'assurance. Il faut savoir qu'une proposition d'assurance de 2^e ou 3^e niveau est normalement plus coûteuse que le tarif standard pour prendre en compte le risque analysé.

ASTRIA en France : ASTRIA Île-de-France : (Siège social) 1 square Chaptal 92309 LEVALLOIS-PERRET - Tél. :  01 57 77 50 00

ASTRIA à ARRAS :

23 bd Vauban
BP 90441
62028 ARRAS CEDEX
Tél. : 03 21 16 14 60

ASTRIA à BORDEAUX :

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

ASTRIA à LYON :

20 rue Childebert
69291 LYON CEDEX 02
Tél. : 04 37 23 51 70

ASTRIA à MONTPELLIER :

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

ASTRIA à STRASBOURG :

7 quai Saint-Jean
BP 70027
67084 STRASBOURG CEDEX
Tél. : 03 90 22 40 40

ASTRIA à BEAUVAIS :

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

ASTRIA à DOUAI :

72 rue de Valenciennes
BP 40002
59501 DOUAI CEDEX
Tél. : 03 27 08 25 25

ASTRIA à MARSEILLE :

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

ASTRIA à NICE :

Arénas, porte C
455 Promenade des Anglais
06299 NICE CEDEX 3
Tél. : 04 93 18 18 06

ASTRIA à TOULOUSE :

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

ASTRIA à BÉTHUNE :

44 rue Sadi-Carnot
BP 50611
62412 BÉTHUNE CEDEX
Tél. : 03 21 56 81 38

ASTRIA à LENS :

52 rue Eugène-Bar
BP 122
62303 LENS CEDEX
Tél. : 03 21 28 27 29

ASTRIA à MAUBEUGE :

3 esplanade Berteau
BP 50047
59601 MAUBEUGE CEDEX
Tél. : 03 27 58 23 23

ASTRIA à RENNES :

Immeuble le Bignon 3
2 rue du Bignon - CS 76317
35063 RENNES CEDEX
Tél. : 02 99 22 20 40

ASTRIA à VALENCIENNES :

68 rue de Famars
BP 17
59312 VALENCIENNES CEDEX 9
Tél. : 03 27 38 18 00

Action Logement Les entreprises s'engagent avec les salariés