

Votre interlocuteur pour toutes demandes est : Alliade Services – Courtage en Assurances – 51, boulevard Vivier Merle – 69403 Lyon Cedex 03.

Je soussigné, Nom et prénom Nom de jeune fille

Date de naissance Profession exercée sans emploi

Adresse

Qualité emprunteur co-emprunteur caution

Je suis affilié au régime de la Sécurité sociale? oui non

demande à bénéficier des garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d’Autonomie / Arrêt de Travail du contrat d’assurance collective n° 5218,

Je désigne comme bénéficiaire de ladite assurance Alliade à concurrence des sommes qui lui sont dues à la date d’exigibilité des capitaux et le

bénéficiaire ci-après pour le surplus éventuel

En l’absence de désignation de bénéficiaire, les sommes dues en surplus seront réglées par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut, mes héritiers.

Je demande que la couverture de mon prêt soit répartie de la façon suivante.

1 tête : capital entier

2 têtes : capital entier sur chaque tête

2 têtes : capital à 50 % sur chaque tête

Je déclare avoir reçu le dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS et en avoir pris connaissance.

À le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

Conditions particulières de l’Assurance

Cadre réservé à l’organisme bénéficiaire

Cadre réservé à l’Assureur

Numéro du prêt Durée du prêt Décision à effet du

Montant du prêt

Destination du prêt : Prêt Immobilier 1 % logement, Prêt Immobilier sur Fonds propres, Prêt relais,
 Prêt propriétaire-bailleur, Prêt travaux dénommé PRÊT PASS-TRAVAUX[®]

Pourcentage à assurer : 1 tête – 100 % 2 têtes – 100 % 2 têtes – 50 %

Durée du différé d’amortissement

Montant du terme de remboursement

Acceptation normale

Surprime décès

Décès seul

Exclusion

Refus

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AGF Vie.

Exemplaire Assureur
DOC 2008-11

AGF Collectives Emprunteurs
Case courrier 81249
9, place du Colonel Fabien
75496 Paris Cedex 10.
www.agf.fr

Assurances Générales de France Vie :
S.A. au capital de 643.054.425 euros.
340 234 962. R.C.S. Paris.
Assurances Générales de France I.A.R.T. :
S.A. au capital de 938.787.416 euros.
542 110 291. R.C.S. Paris.

Entreprises régies par le Code des assurances
(article R 310-5 CDA).
Siège Social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris.
Autorité chargée du contrôle des AGF :
Autorité de Contrôle des Assurances et
des Mutuelles – 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Alliade Services

51, boulevard Vivier Merle
69003 Lyon

Sarl au capital de 16.000 euros
334 183 076 R.C.S. Lyon.

Membre d’Allianz 

Questionnaire d'état de santé simplifié

Important !

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Conseil – Service médical – Alliage Services – Courtage en Assurances – 51, boulevard Vivier Merle – 69403 Lyon Cedex 03. Vous y êtes formellement invité si vous déclarez dans ce questionnaire des pathologies ou séquelles d'accident, ou si l'une de vos réponses aux questions posées est positive.

Nom et prénom Code 5218

Répondre par
oui ou non

- 1 Êtes-vous actuellement en état d'incapacité de travail totale ou partielle par suite de maladie ou d'accident?
- 2 Suivez-vous ou devez-vous suivre un traitement médical répétitif ou d'une durée supérieure à trois mois?
- 3 Devez-vous, à votre connaissance, subir une intervention chirurgicale?
- 4 Êtes-vous atteint d'une infirmité congénitale ou acquise ou bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité?
- 5 **Au cours des cinq dernières années :**
 - a – Avez-vous interrompre votre travail plus de trente jours consécutifs, pour maladie ou accident?
 - b – Avez-vous suivi un traitement médical répétitif ou d'une durée supérieure à trois mois?
 - c – Avez-vous subi une intervention chirurgicale?
- 6 Avez-vous subi un test, **qui s'est révélé positif**, de dépistage de la séropositivité aux virus de l'hépatite ou à l'un des virus de l'immuno déficience humaine?
Si oui indiquez : le test subi la date

Si la réponse est oui à l'une des questions, le proposant à l'assurance devra obligatoirement répondre au questionnaire situé au verso.

J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au présent questionnaire d'état de santé qu'aux déclarations figurant sur ma demande individuelle d'affiliation correspondante, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je confirme avoir relu mes déclarations avant signature et reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 113.8 du Code des assurances dont un extrait est reproduit ci-après.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Je déclare avoir pris connaissance des garanties offertes par le contrat souscrit par **Alliage Services** et reconnais avoir reçu une notice résumant mes droits et obligations.

À le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »



Important ! Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Conseil – Service médical – Alliadé Services – Courtage en Assurances – 51, boulevard Vivier Merle – 69403 Lyon Cedex 03. Vous y êtes formellement invité si vous déclarez dans ce questionnaire des pathologies ou séquelles d'accident, ou si l'une de vos réponses aux questions posées est positive.

Questionnaire d'état de santé

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne demandant à être assurée, qui doit prendre seule connaissance des questions et y répondre seule, soit sur place, soit à son domicile.

Questions	Répondre OUI ou NON	Si vous répondez OUI, merci de donner les précisions demandées
1 Quels sont vos : taille, poids?		Taille cm Poids kg
2 Êtes-vous actuellement en état d'incapacité de travail totale ou partielle par suite de maladie ou d'accident?	<input type="checkbox"/>	Depuis quand? Pour quelles raisons?
3 Suivez-vous ou devez-vous suivre un traitement médical?	<input type="checkbox"/>	Nature et durée du traitement
4a Avez-vous souffert au cours des cinq dernières années de maladies ou d'accidents ayant entraîné des arrêts de travail de plus de trente jours : • par suite de maladie(s)?	<input type="checkbox"/>	Nature Dates d'arrêt et de reprise Séquelles?
ou/et • par suite d'accident(s)?	<input type="checkbox"/>	Nature Dates d'arrêt et de reprise Séquelles?
4b Avez-vous souffert au cours des cinq dernières années de maladies ou d'accidents ayant entraîné un traitement médical répétitif ou supérieur à trois mois?	<input type="checkbox"/>	À quelles dates? Nature et durée du traitement
5a Avez-vous subi au cours des cinq dernières années une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/>	Laquelle? À quelle date? Séquelles?
5b Devez-vous subir une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/>	Laquelle? À quelle date?
6 Êtes-vous atteint d'une infirmité?	<input type="checkbox"/>	Laquelle? Séquelles?
7 Quelle que soit la date de l'événement : Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou des hépatites, dont l'un des résultats indique la mention « positif »?	<input type="checkbox"/>	À quelles dates? Lesquels? <i>(joindre les comptes rendus des examens concernés)</i>
8 Avez-vous des séquelles: a résultant d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles? Nature de la maladie
b résultant d'un accident?	<input type="checkbox"/>	Date de l'accident Nature des blessures Date de consolidation Séquelles?
9 Êtes-vous titulaire d'une pension?	<input type="checkbox"/>	Civile <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Taux % <i>(joindre le descriptif des infirmités pensionnées)</i>
10 Avez-vous été refusé ou accepté à des conditions spéciales par les AGF au titre d'un contrat d'assurance sur la vie?	<input type="checkbox"/>	Motif et date Nature des restrictions de garantie Taux de surprime (éventuellement)

J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au questionnaire d'état de santé ci-dessus qu'aux déclarations figurant sur la demande individuelle d'affiliation correspondante, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances dont un extrait est reproduit ci-après.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Je déclare avoir pris connaissance des garanties offertes par le contrat souscrit par **Alliadé Services** et reconnais avoir reçu une notice résumant mes droits et obligations.

À le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

Votre interlocuteur pour toutes demandes est : Alliade Services – Courtage en Assurances – 51, boulevard Vivier Merle – 69403 Lyon Cedex 03.

Je soussigné, Nom et prénom Nom de jeune fille

Date de naissance Profession exercée sans emploi

Adresse

Qualité emprunteur co-emprunteur caution

Je suis affilié au régime de la Sécurité sociale? oui non

demande à bénéficier des garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d’Autonomie / Arrêt de Travail du contrat d’assurance collective n° 5218,

Je désigne comme bénéficiaire de ladite assurance Alliade à concurrence des sommes qui lui sont dues à la date d’exigibilité des capitaux et le

bénéficiaire ci-après pour le surplus éventuel

En l’absence de désignation de bénéficiaire, les sommes dues en surplus seront réglées par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut, mes héritiers.

Je demande que la couverture de mon prêt soit répartie de la façon suivante.

1 tête : capital entier

2 têtes : capital entier sur chaque tête

2 têtes : capital à 50 % sur chaque tête

Je déclare avoir reçu le dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS et en avoir pris connaissance.

Le présent document atteste que la personne ci-dessus désignée est affiliée à l’Assurance Collective aux conditions particulières résumées dans le cadre « Conditions particulières ».

En cas de sinistre, les indemnités prévues au contrat seront versées à **Alliade**.

Fait à Lyon, le

Pour AGF

Conditions particulières de l’Assurance

Cadre réservé à l’organisme bénéficiaire

Cadre réservé à l’Assureur

Numéro du prêt Durée du prêt Décision à effet du

Montant du prêt

Destination du prêt : Prêt Immobilier 1 % logement, Prêt Immobilier sur Fonds propres, Prêt relais,
 Prêt propriétaire-bailleur, Prêt travaux dénommé PRÊT PASS-TRAVAUX[®]

Pourcentage à assurer : 1 tête – 100 % 2 têtes – 100 % 2 têtes – 50 %

Durée du différé d’amortissement

Montant du terme de remboursement

Acceptation normale

Surprime décès

Décès seul

Exclusion

Refus

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AGF Vie.

Exemplaire Assuré
DOC 2008-11

AGF Collectives Emprunteurs
Case courrier 81249
9, place du Colonel Fabien
75496 Paris Cedex 10.
www.agf.fr

Assurances Générales de France Vie :
S.A. au capital de 643.054.425 euros.
340 234 962. R.C.S. Paris.
Assurances Générales de France I.A.R.T. :
S.A. au capital de 938.787.416 euros.
542 110 291. R.C.S. Paris.

Entreprises régies par le Code des assurances
(article R 310-5 CDA).
Siège Social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris.
Autorité chargée du contrôle des AGF :
Autorité de Contrôle des Assurances et
des Mutuelles – 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Alliade Services

51, boulevard Vivier Merle
69003 Lyon

Sarl au capital de 16.000 euros
334 183 076 R.C.S. Lyon.

Membre d’Allianz

Votre interlocuteur pour toutes demandes est : Alliade Services – Courtage en Assurances – 51, boulevard Vivier Merle – 69403 Lyon Cedex 03.

Je soussigné, Nom et prénom Nom de jeune fille

Date de naissance Profession exercée sans emploi

Adresse

Qualité emprunteur co-emprunteur caution

Je suis affilié au régime de la Sécurité sociale? oui non

demande à bénéficier des garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d’Autonomie / Arrêt de Travail du contrat d’assurance collective n° 5218,

Je désigne comme bénéficiaire de ladite assurance Alliade à concurrence des sommes qui lui sont dues à la date d’exigibilité des capitaux et le bénéficiaire ci-après pour le surplus éventuel

En l’absence de désignation de bénéficiaire, les sommes dues en surplus seront réglées par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut, mes héritiers.

Je demande que la couverture de mon prêt soit répartie de la façon suivante.

1 tête : capital entier

2 têtes : capital entier sur chaque tête

2 têtes : capital à 50 % sur chaque tête

Je déclare avoir reçu le dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS et en avoir pris connaissance.

Le présent document atteste que la personne ci-dessus désignée est affiliée à l’Assurance Collective aux conditions particulières résumées dans le cadre « Conditions particulières ».

En cas de sinistre, les indemnités prévues au contrat seront versées à **Alliade**.

Fait à Lyon, le

Pour AGF

Conditions particulières de l’Assurance

Cadre réservé à l’organisme bénéficiaire

Cadre réservé à l’Assureur

Numéro du prêt Durée du prêt Décision à effet du

Montant du prêt

Destination du prêt : Prêt Immobilier 1 % logement, Prêt Immobilier sur Fonds propres, Prêt relais,
 Prêt propriétaire-bailleur, Prêt travaux dénommé PRÊT PASS-TRAVAUX[®]

Pourcentage à assurer : 1 tête – 100 % 2 têtes – 100 % 2 têtes – 50 %

Durée du différé d’amortissement

Montant du terme de remboursement

Acceptation normale
 Surprime décès
 Décès seul
 Exclusion
 Refus

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AGF Vie.

Exemplaire Contractant
DOC 2008-11

AGF Collectives Emprunteurs
Case courrier 81249
9, place du Colonel Fabien
75496 Paris Cedex 10.
www.agf.fr

Assurances Générales de France Vie :
S.A. au capital de 643.054.425 euros.
340 234 962. R.C.S. Paris.
Assurances Générales de France I.A.R.T. :
S.A. au capital de 938.787.416 euros.
542 110 291. R.C.S. Paris.

Entreprises régies par le Code des assurances
(article R 310-5 CDA).
Siège Social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris.
Autorité chargée du contrôle des AGF :
Autorité de Contrôle des Assurances et
des Mutuelles – 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Alliade Services

51, boulevard Vivier Merle
69003 Lyon

Sarl au capital de 16.000 euros
334 183 076 R.C.S. Lyon.

Membre d’Allianz 