

D.I.A. n°

A REMPLIR EN MAJUSCULE et à retourner à **SSN – CS 60021 - 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille Cedex 10**
 ou par mail contact@caassure.com accompagné d'une **copie de la Carte Nationale d'Identité ou du passeport du ou des emprunteurs**

Demande d'adhésion au ____/____/____ Annule et remplace le bulletin d'adhésion du ____/____/____

ADHERENT / PERSONNE À ASSURER

Mme M.

Intervenant en qualité de : Emprunteur Co-emprunteur Société Souscriptrice

NOM : Nom de naissance Prénom :

RAISON SOCIALE : N° de Siren

Adresse de l'entreprise :

Date de naissance : Adresse e-mail :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Adresse actuelle :

CP : Ville :

Nouvelle adresse à compter du :

Nouvelle adresse :

CP : Ville :

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Statut (*Cadre, non cadre, employé, artisan, commerçant...*) :

Secteur d'activité :

Profession exacte :

Dans le cadre de votre travail :

- Exercez-vous une activité de manuelle avec outillage ou avec charge de plus de 5 kg ? Oui Non

- Travaillez-vous en hauteur ? Oui Non

Si oui, de combien ? - 3 m

de 3 à 15 m

+ 15 m

- Effectuez-vous plus de 25 000 kms/an (en véhicule terrestre à moteur – en dehors du trajet domicile-travail) ? Oui Non

Pratiquez-vous un sport en amateur (non professionnel), et /ou licencié dans un club/fédération, avec ou sans compétition ?

Dans l'affirmative, précisez-le(s) sport(s) / loisirs à risques pratiqué(s) :

Souhaitez-vous être couvert pour ce sport ? Oui Non

Numéro de contrat : **32007** Numéro de D.I.A
 Nom de la personne à assurer : Prénom :
 Date de naissance :

Êtes-vous fumeur ? **Je suis fumeur**
 Je suis non-fumeur et je certifie :
 ne pas avoir consommé du tabac ou utilisé des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gommes), même à titre occasionnel au cours des 24 derniers mois ;
 ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical au cours des 5 dernières années.

Signature de la personne à assurer
 Précédée de la mention manuscrite « CERTIFIE EXACT »

PRETS A GARANTIR

OBJET DU PRET : **Nouvel emprunt** **Renégociation / Changement d'assurance de prêt**
Type de crédit : **Crédit immobilier :** **Achat d'une résidence principale** **Achat d'une résidence secondaire** **Investissement locatif**
 Crédit professionnel

Caractéristiques du prêt	Prêt n°1		Prêt n°2		Prêt n°3		Prêt n°4	
Type de prêt immobilier contracté* : (Joindre impérativement le projet du tableau d'amortissement)								
Prêt classique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt modulable	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt Construction (VEFA/Prêt Travaux..)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt à paliers	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt relais	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt In Fine.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prêt à taux zéro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
*En cas de prêt à taux variable, celui-ci doit être capé au maximum + 2 points.								
Montant du capital emprunté ou restant dû €	 €	 €	 €	
Différé (O/N)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Type de différé (Partiel ou Total)	<input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Total		<input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Total		<input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Total		<input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Total	
Durée du différé ****	..... mois		..... mois		..... mois		..... mois	
**Le différé maximum autorisé pour un prêt donné est de 36 mois, et pour les PTZ de 180 mois.								
Durée totale du prêt (différé inclus)	..... mois		..... mois		..... mois		..... mois	
Taux d'intérêt du prêt (en %) %	 %	 %	 %	
Type de taux	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable		<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable		<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable		<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable	
Périodicité de remboursement du prêt	<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	
Quotité assurée %	 %	 %	 %	
Pour les prêts à paliers	Prêt n°1		Prêt n°2		Prêt n°3		Prêt n°4	
	Montant du palier	Durée du palier en mois	Montant du palier	Durée du palier en mois	Montant du palier	Durée du palier en mois	Montant du palier	Durée du palier en mois
	1^{er} Palier	..... €	.....	..... €	.....	..... €	.....	.....
	2^{ème} Palier	..... €	.....	..... €	.....	..... €	.....	.....
	3^{ème} Palier	..... €	.....	..... €	.....	..... €	.....	.....
4^{ème} Palier	..... €	.....	..... €	.....	..... €	.....	.....

Numéro de contrat : **32007** Numéro de D.I.A
Nom de la personne à assurer : Prénom :
Date de naissance :

À ce jour, avez-vous déjà des prêts assurés auprès de Quatrem (hors prêts ci-dessus) ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le montant total de ces capitaux (capitaux restants dus multipliés par la quotité assurée) : €

BÉNÉFICIAIRE – ORGANISME PRETEUR

Nom / Raison sociale :
Adresse :
CP : Ville :
Adresse e-mail : Téléphone :

CHOIX DES GARANTIES

PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT = Incapacité Temporaire Totale ; IPT = Invalidité Permanente Totale ;
IPP = Invalidité Permanente Partielle

Formules	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Décès + PTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès + PTIA + ITT/ IPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès + PTIA+ITT/IPT+ IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès seul (Conditions spécifiques d'adhésion : voir la notice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Franchise choisie 30 jours 90 jours

CHOIX DES OPTIONS

Exonération des cotisations : Oui Non

Option Renfort / Rachat des MNO (Maladies Non Objectives) : Oui Non

Rachat des exclusions liées aux affections psychiatriques et du dos prévues au paragraphe 11.5 de la notice d'information applicables à l'Incapacité Temporaire Totale et à l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

VOTRE ADHÉSION

Date d'effet des garanties souhaitée :

En cas de vente à distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue du délai de renonciation de 30 jours prévu au paragraphe 6.2 « Début des garanties » de la notice d'information. Souhaitez-vous que les garanties prennent effet à la date de la signature de l'offre de prêt dans le cas où cette date de signature interviendrait avant l'expiration du délai de renonciation ? Oui¹ Non

¹En répondant oui à la question ci-dessus, vous bénéficiez toujours de votre droit à renonciation tel que stipulé au chapitre 17.1 « Faculté de renonciation » de la notice d'information.

Périodicité de prélèvement des cotisations : mensuelle² trimestrielle semestrielle annuelle

²Le prélèvement ne pourra être mensuel que si le montant de la cotisation d'assurance mensuelle est supérieur ou égal à 10 euros.

Pour le prélèvement automatique des cotisations, il est nécessaire de remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-après et de joindre à la Demande Individuelle d'Adhésion un Relevé d'Identité Bancaire.

Numéro de contrat : **32007** Numéro de D.I.A
Nom de la personne à assurer : Prénom :
Date de naissance :

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER :

L'Adhérent :

- S'il n'est pas déjà membre de l'Association Châteaudun - Le Peletier, il doit demander à adhérer à l'Association. La qualité d'adhérent à l'Association Châteaudun - Le Peletier est acquise par le versement d'un droit unique d'adhésion non remboursable de 15 € prélevé en même temps que la première cotisation.
- demande à adhérer au contrat « Çaassure » n° **32 007**, contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association Châteaudun - Le Peletier auprès de Quatrem.
- s'engage à payer les cotisations et autorise le prélèvement des cotisations par SSN pour le compte de Quatrem.

L'Assuré :

- donne son consentement à l'assurance et accepte que l'Organisme Prêteur désigné ci-avant soit bénéficiaire de l'ensemble des prestations à concurrence des sommes lui étant dues.
- reconnaît avoir eu connaissance que, s'il souhaite la confidentialité de certains renseignements médicaux figurant sur le(s) questionnaire(s) de santé, il a la possibilité de remplir ce(s) questionnaire(s) dans un espace isolé, en ligne ou à son domicile et de l'adresser, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil SSN 118, rue Mathurin – CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10.
- déclare être informé que si sa demande individuelle d'adhésion au présent contrat est refusée pour des raisons liées à son état de santé, une assurance dite de 2^{ème} niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2^{ème} niveau, sous réserve des dispositions de la Convention AERAS, une assurance dite de 3^{ème} niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

L'Adhérent et l'Assuré :

- reconnaissent avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat ça assure n° **32 007** portant la référence **VG4229-1908**, qui précise notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Ils en acceptent tous les termes et s'engagent à en conserver un exemplaire chacun.
- déclarent être informés que les informations collectées sont toutes nécessaires 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 et qu'ils disposent du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique géré par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.
- En signant la Demande individuelle d'adhésion, ils acceptent expressément que leurs données de santé soient collectées et traitées confidentiellement par le Service médical de Quatrem, les personnes placées sous sa responsabilité et, le cas échéant, les réassureurs. Les données de santé les concernant pourront faire l'objet, une fois anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de leur personne, d'analyse statistiques. Celles-ci seront effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil Chef.
- En application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent et l'Assuré disposent d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement des données les concernant, et de décider du sort de celles-ci post-mortem. Ils disposent également d'un droit de s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ils peuvent exercer ces droits, en justifiant de leur identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à **Quatrem 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 et transmises par courrier.** Pour plus d'informations, notre politique de protection des données à caractère personnel est accessible sur le site internet de Malakoff Médéric Humanis.
- certifient exactes et sincères les informations figurant sur la présente Demande Individuelle d'Adhésion ainsi que les réponses apportées au(x) questionnaire(s) de santé. **Ils reconnaissent être informés que l'adhésion au présent contrat pourra, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'Assureur, être déclarée nulle (article L. 113-8 du Code des assurances) et, en cas d'omission ou de déclaration inexacte, être résiliée ou maintenue moyennant augmentation de la cotisation, les Sinistres survenus antérieurement faisant l'objet d'une prise en charge réduite (article L. 113-9 du Code des assurances).**

Fait à le

Signature de l'Assuré
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

Signature de l'Adhérent
(Si différent de l'Assuré)
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »

Numéro de contrat : **32007** Numéro de D.I.A
 Nom de la personne à assurer : Prénom :
 Date de naissance :

FORMALITES MEDICALES à accomplir pour un nouvel emprunt

	De 18 à 45 ans	De 46 à 65 ans	+ de 65 ans
< à 250 000 €	QSS*	QS	
De 250 001 à 350 000 €	QS		QS + BSO
De 350 001 à 450 000 €	QS	QS + BSO + Cotinine	QS + RM + BSO + Cotinine
De 450 001 à 550 000 €	QS + BSO + Cotinine	QS + RM + BSO + Cotinine	
De 550 001 à 1 000 000 €	QS + BS1 + Cotinine	QS + RM + BS1 + Cotinine + ECG1	
De 1 000 000 à 2 000 000 €	QS + RM + BS1 + EU + ECG1		

FORMALITES MEDICALES à accomplir en cas de Renégociation/Changement d'assurance de prêt

	De 18 à 45 ans	De 46 à 60 ans	De 61 à 64 ans	+ de 65 ans
< à 250 000 €	QSS*	QSS*		QS
De 250 001 à 350 000 €		QS	QS + BSO	
De 350 001 à 450 000 €	QS	QS + BSO + Cotinine		QS + RM + BSO + Cotinine
De 450 001 à 550 000 €	QS + BSO + Cotinine	QS + RM + BSO + Cotinine		
De 550 001 à 1 000 000 €	QS + BS1 + Cotinine	QS + RM + BS1 + Cotinine + ECG1		
De 1 000 000 à 2 000 000 €	QS + RM + BS1 + EU + ECG1			

* Si vous répondez « Oui » à l'une des questions du Questionnaire de santé simple, vous devez compléter le Questionnaire de Santé

- QSS** Questionnaire de santé simple
- QS** Questionnaire de santé complet
- RM** Rapport médical complété par un médecin (comprenant analyse d'urines par bandelettes réactives)
- EU** Examen d'urines (Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urines, dosage de la cotinine urinaire (pour tarif non-fumeur)
- BS0** Bilan sanguin (formule 0) (Numération et Formule Sanguine, Plaquettes, Vitesse de sédimentation, Cholestérol Total / HDL, glycémie à jeun, Triglycérides, Créatinine, ASAT, ALAT, GGT. Pour les hommes de + de 50 ans, dosage de l'Antigène Spécifique de la prostate)
- BS1** Bilan sanguin (formule 1) (BS0 + dosage de la protéine C réactive, acide urique, phosphatase alcaline, Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'Hépatite C (AC anti-VHC) et sérologie HIV 1 et 2 + Hémoglobine glyquée (HbA1c))
- ECG1** Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu du cardiologue (comprenant tracés et conclusions)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **SSN CAASSURE**



à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SSN CAASSURE**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR64ZZZ462809**

Débiteur :

Créancier :

Nom/Prénom

Nom : **SSN CAASSURE**

Adresse

Adresse : **118 RUE ROGER MATHURIN**

Code postal Ville

Code postal : **13 010** Ville : **MARSEILLE**

Pays

Pays : **FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A :

Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Merci d'inscrire lisiblement les coordonnées de votre agence bancaire

Nom de l'établissement bancaire

Adresse

Code Postal

Ville

[Agrafez ou collez votre RIB ici](#)