



**FICHE DE LIAISON ASSURANCE EMPRUNTEUR**  
**(A compléter et à joindre obligatoirement à votre demande d'adhésion)**

Madame, Monsieur, Cher(e) client(e),

Afin de vous apporter notre meilleur service pour le traitement de votre dossier d'assurance emprunteur, nous vous remercions de bien vouloir nous indiquer les informations de contact ci-dessous.

**CONTACT EMPRUNTEUR PRINCIPAL**

**Nom / Prénom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone domicile (1) :**   |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Téléphone professionnel (1) :**   |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Téléphone mobile (1) :**   |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Email personnel (2) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Email professionnel (2) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- (1) Indiquer au minimum 1 téléphone auquel nous pouvons vous contacter en cas d'urgence sur votre dossier.
- (2) Les adresses email renseignées recevront les messages issus de notre cellule de gestion les informant de l'avancée du dossier d'adhésion à l'assurance.

**CONTACT ORGANISME PRÊTEUR**

**Organisme Prêteur :** \_\_\_\_\_  
- Nom \_\_\_\_\_  
- Adresse postale \_\_\_\_\_  
- Code postal / Ville   |\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_

**Code Banque / Code Guichet :**   |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**Conseiller Bancaire en charge de votre dossier :**    Madame    Mademoiselle    Monsieur \_\_\_\_\_

**Téléphone direct (1) (2) :**   |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Télécopie / fax (1) :**   |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Email (1) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- (1) Indiquer au minimum 1 moyen de contacter votre conseiller bancaire afin de nous permettre, en cas d'urgence, de lui adresser les Attestations et Délégations d'assurance.
- (2) Les N° de téléphone à destination des plateformes de service client ne doivent pas nous être communiqués. En effet, les Services Relations Clients proposés par votre banque ne sont pas décisionnaires et ne connaissent pas votre dossier.

**VOUS ACHETEZ VOTRE RESIDENCE PRINCIPALE ?  
INDIQUEZ-NOUS VOTRE ADRESSE FUTURE**

**Votre adresse future :** \_\_\_\_\_  
- Adresse postale \_\_\_\_\_

- Code postal / Ville   |\_|\_|\_|\_| \_\_\_\_\_

**Date prévue de votre déménagement :**   |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

# DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT ALLIANZ N° 5313

Assuré par Allianz Vie - Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex - Allianz Vie : S.A. au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Paris  
 Siège social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances.  
 Autorité chargée du contrôle d'ALLIANZ Vie - Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

Mlle  Mme  M  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Profession exacte : \_\_\_\_\_ CSP : \_\_\_\_\_

Effectuez-vous plus de 15.000 km par an en véhicule à moteur hors trajet domicile / travail  OUI  NON

Exercez-vous une activité de travaux de manutention dans votre travail ? (plus de 15 Kg)  OUI  NON

Exercez-vous une activité en hauteur dans votre travail ? (plus de 15 m)  OUI  non

Est-il prévu une seconde adhésion pour le même prêt ?  OUI  NON (Si oui remplir une autre demande d'adhésion)

Si oui, nom du second assuré \_\_\_\_\_ Prénom du second assuré \_\_\_\_\_

## EMPRUNTEUR SI DIFFERENT DE L'ASSURE

Mlle  Mme  M  Raison sociale (pour les personnes morales)

Nom - Prénom ou Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

## CARACTERISTIQUES DU PRET A ASSURER

Etablissement prêteur : Libellé \_\_\_\_\_ Code banque \_\_\_\_\_ Code guichet \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Capital emprunté 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Type de prêt amortissable (\*) ou in fine (\*) \_\_\_\_\_

Nature du prêt immobilier / professionnel / autre \_\_\_\_\_

Durée en mois (dont différé d'amortissement) \_\_\_\_\_

Différé d'amortissement en mois \_\_\_\_\_

Taux d'intérêt du prêt \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %

Quotité à assurer \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %

Périodicité des échéances \_\_\_\_\_

(M = Mensuel, T = Trimestriel, S = Semestriel, A = Annuel)

(\*) Taux fixe et échéances Constantes (TFC) ou Taux Fixe et échéances par Paliers (TFP) ou Taux Fixe et échéances Modulables (TFM) ou Taux Variable (TV)

(\*\*) Avec Paiement Périodique d'intérêts (APPI) ou Sans Paiement d'intérêts (SPPI)

NB : Pour les prêts à paliers, joindre le détail des paliers

## DECLARATION DES ENCOURS ASSURES

Somme des capitaux restant dus assurés sur chaque prêt en cours multipliés par la quotité assurée, au titre du contrat n° 5313 : \_\_\_\_\_ €

## GARANTIES CHOISIES

Cocher les garanties <b>Important</b> : les prêts in fine sans paiement de période d'intérêts sont assurables uniquement en option 1 Option garantie des arrêts de travail résultant de la dépression nerveuse, affection psychiatrique ou psychique ou résultant de problèmes dorso-lombaires	<table border="0"> <tr><td>Option 1</td><td>Option 2</td><td>Option 3</td></tr> <tr><td>Décès/PTIA</td><td>Décès/PTIA/ITT/IPT</td><td>Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP</td></tr> <tr><td>Prêt 1</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Prêt 2</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Prêt 3</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Option 1	Option 2	Option 3	Décès/PTIA	Décès/PTIA/ITT/IPT	Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP	Prêt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prêt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prêt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Franchise ITT souhaitée (en jour) <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180
Option 1	Option 2	Option 3																		
Décès/PTIA	Décès/PTIA/ITT/IPT	Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP																		
Prêt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Prêt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Prêt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

## DATE D'EFFET DES GARANTIES SOUHAITEE

Les garanties prennent effet, à la date mentionnée ci-dessous. Vous pouvez par exemple retenir la date de signature de l'offre de prêt (ou la date présumée). A défaut de choix de votre part, les garanties prendront effet au plus tôt à la date d'acceptation du risque par l'assureur. Les cotisations d'assurance seront dues à compter de la date de prise d'effet. Le montant de la cotisation est fonction de la date d'effet souhaitée par le postulant.

Date d'effet souhaitée : \_\_\_\_\_

## DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de demande d'adhésion Date : \_\_\_\_\_

Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.

Je m'engage à informer l'assureur si je commence ou recommence à fumer même occasionnellement pendant la durée du contrat.

J'autorise l'assureur à pratiquer, pendant la durée du contrat, les contrôles nécessaires à la vérification de mon état de non-fumeur.

Signature de la personne à assurer :

## COTISATIONS

**Montant total des cotisations** : \_\_\_\_\_ € en fonction des éléments fournis pour toute la durée du prêt (tel que figurant sur le projet qui vous a été remis)

**La cotisation définitive est celle figurant sur l'attestation d'assurance.**

**Important : ce montant est susceptible d'être modifié en fonction de vos déclarations de santé et de vos activités.**

## PERIODICITE DES PRELEVEMENTS

Mensuelle  Semestrielle  Annuelle

## PRELEVEMENT DES COTISATIONS

Nous vous invitons à compléter soigneusement le mandat de prélèvement joint et vous remercions de le communiquer à votre conseiller.

## JE DECLARE

- avoir reçu ce jour la notice d'information du contrat n° 5313 et en avoir pris connaissance, notamment l'objet du contrat, des conditions et exclusions des garanties, et des limitations d'indemnisation, et en accepter tous les termes,
- avoir reçu le dépliant relatif à la convention AERAS, remis par mon conseiller et en avoir pris connaissance,
- certifier exacts les renseignements indiqués sur cette demande qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'assureur,
- certifier avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur.
- reconnaître avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances dont un extrait est reproduit dans mon exemplaire de la notice d'information,
- être informé que les garanties accordées par l'assureur ainsi que les conditions d'assurance me seront communiquées sur une attestation d'assurance,

Fait à : ..... le, \_\_\_\_\_

**Signature de la personne à assurer :**


**Cachet du conseiller** (avec les mentions légales)

Code conseiller : \_\_\_\_\_  P15  L15  L10  L06  HCO

(Si vous êtes non fumeur, n'oubliez pas de signer également la déclaration spéciale «non-fumeur» ci-dessus)

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande.

Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression d'opposition relatif aux données vous concernant En adressant votre demande à CBP Solutions - Informatique et libertés - Service Clientèle - BP 11615 - 44016 Nantes Cedex 1.

Référence Unique du Mandat	<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>																																								
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																								

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

**Veillez compléter les champs marqués \***

Nom *		Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur
Adresse *		
	Numéro et nom de la rue	
	Code Postal	Ville
Les coordonnées de votre compte *		
	Pays	
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	CBP	
I. C. S	F   R   9   6   C   B   P   4   0   8   0   1   0	
Adresse du créancier	CS 20008 44967 NANTES Cedex 9 France	
Contrat concerné		
	Numéro d'adhésion au contrat	
Nom de l'adhérent		
	Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent	
Type de paiement *	Paiement récurrent / répétitif	
Signé à *		
	Lieu	Date
Signature(s) / * Signature du représentant légal de la personne morale		

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

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LA PERSONNE A ASSURER – contrat n° 5313**

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé sous pli confidentiel à CBP Solutions à - l'attention du Médecin Conseil – BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1. **Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive et/ou si vous y joignez d'éventuelles pièces médicales.**

Vous pouvez préférer opter, pour des raisons personnelles ou en cas d'urgence, pour une transmission de votre questionnaire et de vos pièces médicales **en faxant vous-même** au Médecin Conseil, au numéro du Service Médical 0825 084 524. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, ...).

Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois pour cette demande.**

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de votre main et **vous devez prendre seul(e) connaissance des questions et y répondre seul(e)**, soit sur place, soit à votre domicile. Toutefois à votre demande, vous pouvez être assisté par votre interlocuteur pour remplir le questionnaire ; en ce cas, avant de vous assister votre interlocuteur **vous rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite** annexé à la convention AERAS.

**Veillez compléter :**

Consommation journalière de tabac ..... paquet(s) Consommation journalière d'alcool ..... verre(s)

Questions	Cochez		Si vous cochez OUI, merci de donner les précisions demandées
	NON	OUI	
Précisez votre taille : ..... cm    Votre poids : ..... kg	↓	↓	
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? ..... Depuis quelle date ? .....
2 - Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical ou à des soins ou à une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? ..... Depuis quelle date ? ..... Pour quel(s) motif(s) ? .....
3 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? ..... Depuis quelle(s) date(s) ? .....
4 - Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... Depuis quelle date ? ..... De quelle nature ? ..... Taux ou catégorie ? .....
5 - Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... A quel titre ? .....
6 - Etes-vous pris en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) par votre régime obligatoire (Sécurité Sociale ou régime assimilé) en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail, total ou partiel, plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....
8 - 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 de l'hépatite B (VHB), ou de l'hépatite C (VHC), dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
9 - A cours des 10 dernières années : <b>a. avez-vous présenté une ou plusieurs des maladies ou affections suivantes :</b> - rhumatismales, ostéoarticulaires dont atteintes discales, vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques - cancer, leucémie ou autre maladie du sang - maladies neurologiques ou psychiatriques y compris dépression, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques <b>b. avez-vous :</b> - subi des radiographies, des électrocardiogrammes, un scanner, une IRM, des examens de laboratoires ayant mis en évidence une anomalie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires).....</i>  Laquelle ou lesquelles ? ..... A quelle date ? .....
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé y compris en ambulatoire pour un motif autre que : maternité, appendicectomie, ablation des amygdales, et ou végétations, ablation de la vésicule biliaire, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée(s) ? .....
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir des examens de laboratoire, des radiographies, un scanner, une IRM ? - être hospitalisé(e) ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle(s) date(s) ? .....
12 - Avez-vous : - suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - subi des transfusions de sang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? ..... A quelle date ? ..... Durée ? .....

**Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. Je reconnais que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec Allianz.**  
**Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.**

**Informatique et libertés – Traitement des données personnelles :** Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à: CBP Solutions – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1. La signature du présent questionnaire de santé vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au Médecin Conseil intervenant chez le délégataire – CBP Solutions – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1.

Mlle     Mme     M                      Nom ..... Prénom .....

Fait à ..... le ..... Signature de la personne à assurer

**Cube assurance emprunteur**  
**Contrat Allianz 5313**  
**CLASSES PROFESSIONNELLES**

**La classification professionnelle s'applique aux garanties Incapacité / Invalidité.**

<b>Classe 1</b>	Classe applicable pour les salariés cadres, les professions libérales et les chefs d'entreprises.
<b>Classe 2</b>	Classe applicable pour les salariés non cadres et les professions intermédiaires, les artisans et les commerçants.
<b>Classe 3</b>	Classe applicable pour les agriculteurs, les ouvriers, les chauffeurs de taxi, coursiers, Profession avec manipulation explosifs / substances chimiques, et/ou toxiques, Profession avec transport d'explosifs / matières dangereuses, Profession avec travail souterrain, mineur, Profession avec mission sur site on-shore, volcanique, archéologique, d'exploitation minière, forestière, pétrolière, de gaz, nucléaire, Métiers du cirque, cascadeurs, Intermittents du spectacle, Profession avec missions humanitaires hors Union Européenne, Métiers de l'armée, police ou gendarmerie, ou avec port d'armes, Métiers de la sécurité (agent de sécurité, vigile), Personnel naviguant aviation hors lignes régulières ou sur compagnies aériennes sur liste Pompier, secouriste, sauveteur mer/montagne, Sportif professionnel, Plongeur avec appareil autonome, Marin pêcheur.

**Important**

**Le travail avec manutention ou plus de 15.000 km professionnels par an en voiture ou l'exercice de travaux en hauteur fait basculer dans la classe professionnelle suivante (sauf pour la classe 3).**

**Cube assurance emprunteur**  
**Contrat Allianz 5313**  
**FORMALITES D'ADHESION**

<b>CAPITAUX</b> <small>capitaux assurés par opération de financement (hors encours)</small>	<b>AGE A L'ADHESION</b> Calculé en âge exact		
	<b>Moins de 45 ans</b>	<b>De 45 ans à 54 ans</b>	<b>55 ans et plus</b>
<b>jusqu'à 100 000 €</b>	<b>Formalités n° 1</b>	<b>Formalités n° 1</b>	<b>Formalités n° 1</b>
<b>de 100 001 € à 200 000 €</b>		<b>Formalités n° 3</b>	
<b>de 200 001 € à 300 000 €</b>	<b>Formalités n° 2</b>		
<b>de 300 001 € à 500 000 €</b>			<b>Formalités n° 3</b>
<b>de 500 001 € à 1 599 999 €</b>	<b>Formalités n° 3</b>	<b>Formalités n° 4</b>	
<b>à partir de 1 600 000 €</b>			

**DETAIL DES FORMALITES D'ADHESION**

<b>Formalités n° 1</b>	<b>Questionnaire de santé</b>
<b>Formalités n° 2</b>	<b>Questionnaire de santé</b> <b>+ Rapport médical</b> <b>+ Bilan sanguin 1</b> : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 <b>+ Test cotinine uninaire Non fumeur</b>
<b>Formalités n° 3</b>	<b>Questionnaire de santé</b> <b>+ Rapport médical</b> <b>+ Bilan sanguin 1</b> : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 <b>+ Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue</b> <b>+ ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu</b> <b>+ Test cotinine uninaire Non fumeur</b>
<b>Formalités n° 4</b>	<b>Questionnaire de santé</b> <b>+ Rapport médical</b> <b>+ Bilan sanguin 2</b> : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite B (recherche antigène Hbs) - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 <b>+ Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue</b> <b>+ ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu</b> <b>+ Echographie cardiaque avec compte rendu</b> <b>+ Examen d'urine</b> : sucre, albumine, hématies, leucocytes <b>+ Test cotinine uninaire Non fumeur</b> <b>+ Formalités financières</b>
<b>Formalités n° 5</b>	<b>Questionnaire de santé</b> <b>+ Rapport médical</b> <b>+ Bilan sanguin 2</b> : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite B (recherche antigène Hbs) - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 <b>+ Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue</b> <b>+ ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu</b> <b>+ Echographie cardiaque avec compte rendu</b> <b>+ Examen d'urine</b> : sucre, albumine, hématies, leucocytes <b>+ Test cotinine uninaire Non fumeur</b> <b>+ PSA</b> : Prostatic Specific Antigen pour les hommes <b>+ Formalités financières</b>