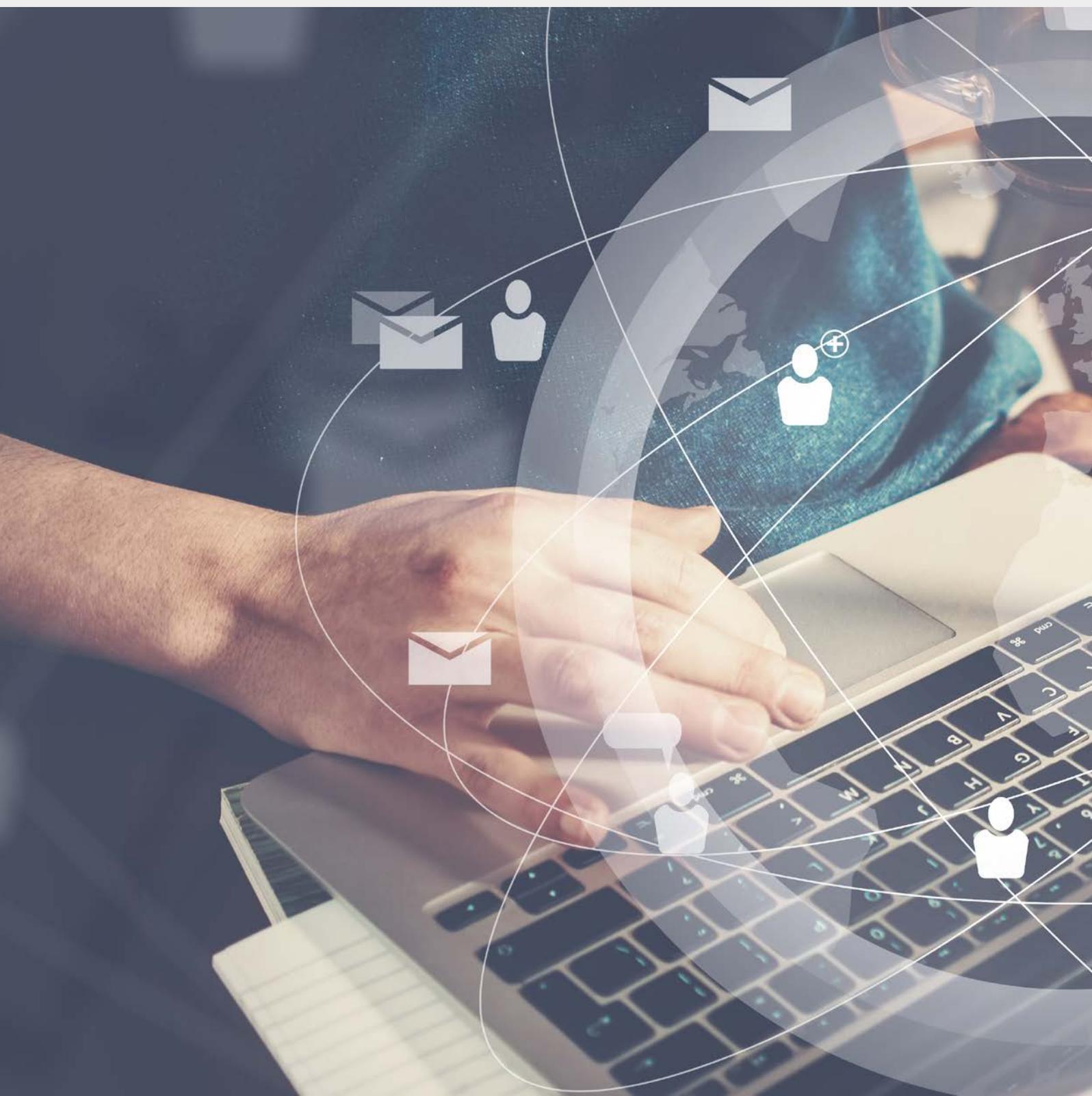


Guide d'utilisation de votre espace client QualyTrust!



AVANT DE COMMENCER

Le processus de validation de votre adhésion sur QualyTrust ne prend que quelques minutes. Mais avant de commencer, nous vous conseillons de vous assurer que vous avez dans votre ordinateur, votre tablette ou votre mobile, toutes les pièces nécessaires au passage en adhésion qui vous ont été communiquées par votre courtier.

Vous trouverez ci-dessous la liste des documents susceptibles de vous être demandés, sachant que ces derniers sont fonction de vos garanties souscrites et de votre situation personnelle.

- ✓ Les justificatifs T.N.S. : attestation RSI ou déclaration/attestation INSEE de moins de 3 mois ;
- ✓ Le dernier avis d'imposition et/ou la déclaration commune des revenus des indépendants (à partir de 0,75 PASS, sauf pour les créateurs d'entreprise) ;
- ✓ Les justificatifs des trois dernières années si dividendes ;
- ✓ La déclaration 2033 (gérants majoritaires) ou 2035 (professions libérales) si Frais Généraux Permanents souscrits (à partir de 0,75 PASS, sauf pour les créateurs d'entreprise) ;
- ✓ L'attestation d'information dans le cas d'une profession dépendant de la classe 2 ou 3, si la profession de « gérant de société (sans travail manuel) » est souscrite ;

Grâce à notre système de sauvegarde automatique, vous pouvez vous interrompre à tout moment. Vous serez reconnecté exactement là où vous étiez lors de votre prochaine visite.

ÉTAPE 1 : VOTRE ESPACE

Bienvenue sur votre espace personnel

Bravo, vous vous êtes bien connecté.
Maintenant vous pourrez déposer vos documents, signer électroniquement vos contrats et déclarer vos sinistres.

Le bouton d'Assistance



Vous trouverez à l'intérieur des articles pouvant vous aider au niveau de votre adhésion ou de vos déclarations de sinistres.
En cas de besoin, n'hésitez pas à nous envoyer un message en cliquant sur le bouton [Contactez-nous](#)

Que dois-je faire pour commencer ?

Compléter votre dossier

Souscription en cours

CLIQUEZ SUR

Souscription en cours

ÉTAPE 2 : VALIDATION DES PIÈCES CONTRACTUELLES

Validez la lecture des pièces contractuelles en cliquant sur 

Prise de connaissance des documents

Afin de poursuivre votre adhésion, veuillez lire et prendre connaissance des 3 documents ci-dessous, avant validation en bas de page.

179662_CG.pdf	Conditions Générales	
179662_STATUTS.pdf	Statuts de l'association	
179662_DEVIS.pdf	Document Projet	



179662_CG.pdf	Conditions Générales	<input checked="" type="checkbox"/>	
179662_STATUTS.pdf	Statuts de l'association	<input checked="" type="checkbox"/>	
179662_DEVIS.pdf	Document Projet	<input checked="" type="checkbox"/>	

À chaque ouverture d'un document, une  encoche en valide sa lecture

Une fois les 3 documents ouverts, validez la certification de lecture et de prise de connaissance des documents

Je certifie avoir lu et pris connaissance de tous les documents ci-dessus.

Vous pouvez maintenant passer à l'étape suivante

Je certifie avoir lu et pris connaissance de tous les documents ci-dessus.



ÉTAPE 3 : LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Prenez connaissance des documents à fournir, puis passer à l'étape suivante

ÉTAPE 4 : TRANSMISSION DES PIÈCES OBLIGATOIRES

Téléchargez vos documents

 **Important** : si vous ne possédez pas l'ensemble des documents, vous pouvez les télécharger une fois votre contrat validé directement sur votre espace client

Pour télécharger les documents, cliquez sur l'onglet du document à télécharger  puis déposez le document

ÉTAPE 5 : VÉRIFICATION DE VOS INFORMATIONS

Vérifiez les informations complétées par votre courtier

Remplissage des formulaires

Bulletin d'adhésion

Les champs indiqués par une * sont obligatoires
Les champs grisés ne sont pas modifiables
Cliquez sur les mots "informations" pour que les conditions de contrat apparaissent.

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Civilité *

M
 Mme

Nom *

BRI [redacted]

Prénom *

Geo [redacted]

Nom de jeune fille

[redacted]

Né(e) le *

24/01/1987

Pays de naissance *

France

Département de naissance *

75

Ville de naissance

S [redacted]

N° de Sécurité sociale *

24 [redacted]

clé *

74

Adresse *

13 Av [redacted]

Adresse 2

[redacted]

Complément d'adresse

[redacted]

Code postal *

[redacted]

Ville *

[redacted]

Tel. fixe

[redacted]

Mobile *

06 [redacted]

E-mail *

[redacted]

Situation familiale *

Célibataire

ASSURÉ PRINCIPAL : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

+ Information

INFORMATIONS CONTRAT

+ Information

GARANTIES SOUSCRITES

+ Information

Décès / PTIA

+ Information

Incapacité

+ Information

Invalidité toutes causes

+ Information

Incapacité / Invalidité

+ Information

- ### GARANTIES NON SOUSCRITES
- Frais Généraux Permanents
 - Capital perte de profession toutes causes
 - Capital maladies redoutées
 - Capital IPT Accident / IPP Accident
 - Rente de conjoint
 - Rente d'éducation

ÉTAPE 5 - DÉSIGNATION DE VOS BÉNÉFICIAIRES

Il est maintenant temps de compléter votre désignation de bénéficiaires
Sélectionnez celle qui vous convient :

Choix 1 : la clause type.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Choix de la désignation de bénéficiaires *

Clause type : le conjoint de l'adhérent, à défaut ses enfants né(s) ou à naître par parts égales entre eux, à défaut ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers par parts égales entre eux.

Désignation particulière : Pour toute désignation de bénéficiaire différente, merci de préciser ci-dessous cette désignation particulière en la terminant par la mention suivante : « à défaut, mes héritiers par parts égales entre eux.»

à défaut, mes héritiers par parts égales entre eux.

Choix 2 : Une désignation particulière, en sélectionnant ce choix, merci de renseigner les informations de votre ou vos bénéficiaires dans les champs dédiés

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Choix de la désignation de bénéficiaires *

Clause type : le conjoint de l'adhérent, à défaut ses enfants né(s) ou à naître par parts égales entre eux, à défaut ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers par parts égales entre eux.

Désignation particulière : Pour toute désignation de bénéficiaire différente, merci de préciser ci-dessous cette désignation particulière en la terminant par la mention suivante : « à défaut, mes héritiers par parts égales entre eux.»

à défaut, mes héritiers par parts égales entre eux.

Merci de compléter les informations liées à vos bénéficiaires ci-dessous :

Bénéficiaire 1

Civilité

M

Mme

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Né(e) le

/mm/aaaa

Assistance

ÉTAPE 5 - PRATIQUE SPORTIVE

Pratiguez-vous un ou des sports à risque ?

PRATIQUE DE SPORTS ET ACTIVITES

Souhaitez vous déclarer la pratique de certains sports ? *

Oui

Non

Si oui, merci de nous indiquer si vous pratiquez l'un des sports suivants :

PRATIQUE DE SPORTS ET ACTIVITES

Souhaitez vous déclarer la pratique de certains sports ? *

Oui

Non

Souhaitez vous souscrire l'assurance complémentaire pour la pratique des sports ou des activités suivantes ?

Sports de montagne - Trekking - Escalade - Sports de neige ? *

Oui

Non

Sports Aériens ? *

Oui

Non

Equitation - Jumping ? *

Oui

Non

Spéléologie ? *

Oui

Non

Rafting ? *

Oui

Non

Football américain ? *

Oui

Non

ÉTAPE 5 - VÉRIFICATION DE VOTRE COTISATION

Vérifiez la tarification transmise lors de l'élaboration du projet d'adhésion (devis)

COTISATION ANNUELLE (Y COMPRIS RÉDUCTION)

Montant annuel de la cotisation (€) *

MODE DE PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ

Mode de paiement *

Périodicité *

Payeur de la cotisation si différent

Validez les vérifications en cliquant sur « passer à l'étape suivante »

Mentions légales

* Je soussigné(e), demande à adhérer à Emanens Association, et simultanément à la Convention Collective d'Assurance sur la vie à adhésion facultative N°60006 IND 2 souscrite par Emanens Association auprès de ALLIANZ. Je donne mandat à Emanens Association ayant son siège social à 1 rue Saint Vincent - 30100 ALÈS, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci. Je déclare avoir reçu ce jour les Conditions Générales valant Notice d'information et les statuts de l'association, l'ensemble formant un tout indissociable, et en avoir pris connaissance. J'atteste pouvoir justifier être à jour de mes cotisations d'assurances maladie et vieillesse des travailleurs non-salariés non agricoles (conformément à la réglementation en vigueur) par la production d'attestations en ma possession délivrées par les caisses d'assurance maladie et vieillesse concernées. Je décharge en conséquence, Allianz Vie de toute responsabilité quant aux conséquences du non-respect de ce qui précède. Je déclare avoir été informé que les réponses et les informations fournies dans le présent document m'ouvrent un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, en adressant ma demande à Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier 1304 - Tour Neptune - 20 place de Seine - 92086 PARIS LA DÉFENSE CEDEX, ou par courriel : informatiqueetliberte@allianz.fr. Je bénéficie d'un délai de 30 jours pour rétracter mon engagement par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de l'Assureur. Dans ce cas, le contrat est annulé et la cotisation versée m'est intégralement remboursée dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée. Je reconnais avoir reçu un modèle de lettre type de renonciation. »

PASS (€) *

Année *

[← Retourner à l'accueil](#) [Passer à l'étape suivante →](#)

ÉTAPE 6 : QUESTIONNAIRES MÉDICAUX

Complétez le ou les questionnaires médicaux

Remplissage des formulaires

Merci de compléter :

Questionnaire médical simplifié

Les champs indiqués par une * sont obligatoires
Les champs grisés ne sont pas modifiables

Nom *
[Grisé]

Prénom *
[Grisé]

Date de naissance *
[Grisé]

Sexe *
 Masculin
 Féminin

Lisez attentivement les questions posées ci-dessous et afin de préserver la confidentialité de vos données médicales, indiquez votre réponse directement dans l'encadré en fin du questionnaire :

- Au cours des 10 dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladie neurologique, psychiatrique (y compris dépression), cardiaque, vasculaire, hépatique, digestive, rénale, respiratoire, gynécologique, urologique, diabète, hypertension artérielle, cancer, lésion ou autre maladie du sang, polyarthrite ?
Si vous avez choisi les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, vous n'avez pas à déclarer les atteintes discales, vertébrales et para-vertébrales, sciatiques ?
- Avez-vous été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité ?
- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une prescription d'arrêt de travail de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ? Si vous avez choisi les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, vous n'avez pas à déclarer les arrêts pour fractures, tendinopathies, entorses.
- Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical de plus de 30 jours (sauf pour affections saisonnières, contraception, ménopause) ?
- Devez-vous effectuer des examens (s) dans le cadre du diagnostic d'une pathologie ? Devez-vous être hospitalisé(e) ?
- Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale (sauf pour appendicite, amygdales, végétations, hernie inguinale ou hiatale, vésicule biliaire, varices, hémorroïdes, maternité, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale) ? Si vous avez choisi les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, vous n'avez pas à déclarer les interventions pour fractures.
- 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 » ?
- Avez-vous un poids, par rapport à votre taille, supérieur à la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ?

taille (cm)	140-145	146-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190	191-195	196-200
poids max (kg)	92	98	104	110	116	122	128	134	140	146	152	158

J'atteste avoir répondu avec exactitude et sincérité tant au présent questionnaire qu'aux déclarations figurant sur ma demande d'adhésion 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.113-5 et L.113-9 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 fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'importance.

Quelle réponse apportez-vous à l'ensemble des questions posées ci-dessus ? *

Je réponds NON à toutes les questions posées ci-dessus.
 Je réponds OUI à au moins une des questions posées ci-dessus et dans ce cas, je remplis le questionnaire d'état de santé.

Vérifiez et confirmez les informations saisies dans le(s) questionnaire(s)

veuillez vérifier la validité de vos données et confirmer l'envoi de ce formulaire

Questionnaire médical simplifié

Nom
BRESLER

Prénom
Georges

Date de naissance
24/01/1987

Sexe
Féminin

Quelle réponse apportez-vous à l'ensemble des questions posées ci-dessus ?
?

Je réponds NON à toutes les questions posées ci-dessus.

En cliquant sur "Confirmer", vous certifiez l'exactitude de vos données

ÉTAPE 7 - VOS INFORMATIONS BANCAIRES

Enregistrement de votre RIB pour les cotisations

Attention, si le payeur de votre cotisation est votre société, il faut alors le préciser en cliquant sur Personne morale

Puis cliquez sur « Passer à l'étape suivante » pour continuer

Vérifiez et confirmez les informations saisies et confirmez votre RIB

Veuillez vérifier la validité de vos données et confirmer l'envoi de ce formulaire

Nom, Prénom et Adresse du payeur de la prime
 G [REDACTED] B [REDACTED]
 13 Allée [REDACTED]
 9 [REDACTED]
 France

Désignation du compte à débiter
IBAN
 FR76 11 [REDACTED] 38

BIC
 D [REDACTED] T

En cliquant sur "Confirmer", vous certifiez l'exactitude de vos données

[Retour](#) [Confirmer](#)

ÉTAPE 8 - SIGNATURE DE VOTRE CONTRAT

Lisez les informations puis cliquez sur « Accepter et continuer »

Signature électronique des documents

Conditions d'utilisation de la signature électronique

Vous êtes sur le point de signer électroniquement des documents.

La loi du 13 mars 2000 reconnaît à la signature électronique la même force probante qu'une signature manuscrite, ce qui signifie que l'utilisation de la signature électronique engage la responsabilité de son détenteur au même titre qu'une signature manuscrite (pour signer un acte, un contrat ...).

La signature électronique permet de lier un document électronique à un titulaire d'un certificat électronique. Elle permet notamment d'assurer l'authentification et l'intégrité des données contenues dans le document. Elle assure également une fonction de non-répudiation permettant d'obtenir la preuve fiable de l'acte de signature.

Veillez cliquer sur le bouton 'Accepter et continuer' pour continuer.

[← Retourner à l'accueil](#)
[Accepter et continuer →](#)

Liste des documents sélectionnés pour la signature (obligatoire) :

Bulletin d'adhésion.pdf <small>Bulletin d'adhésion</small>	voir
Questionnaire médicale simplifié.pdf <small>Questionnaire médical simplifié</small>	voir
Mandat de prélèvement SEPA.pdf <small>SEPA</small>	voir

Vous allez maintenant procéder à la signature de votre contrat en signant votre bulletin d'adhésion, le questionnaire médical ainsi que le mandat de prélèvement

Cliquez sur [Générer le code SMS](#) afin de recevoir sur votre téléphone portable un numéro de confirmation

Attention, le numéro renseigné est celui saisi par votre courtier, que vous avez également confirmé durant la vérification de vos informations (étape 5)

Vous avez néanmoins la possibilité de renseigner un autre numéro dans l'espace

Changez votre numéro de téléphone portable ici (Optionnel)

Signature électronique des documents

Liste des documents sélectionnés pour la signature (obligatoire) :

Bulletin d'adhésion.pdf <small>Bulletin d'adhésion</small>	voir
Questionnaire médicale simplifié.pdf <small>Questionnaire médical simplifié</small>	voir
Mandat de prélèvement SEPA.pdf <small>SEPA</small>	voir

Signatures

1 Générer le code SMS 2 Signature par SMS 3 Documents signés

Lors de la validation de cette étape, vous recevrez un SMS de confirmation au numéro enregistré sur ce compte. Le code SMS expirera 5 minutes après sa génération. Veuillez avoir votre téléphone mobile près de vous.

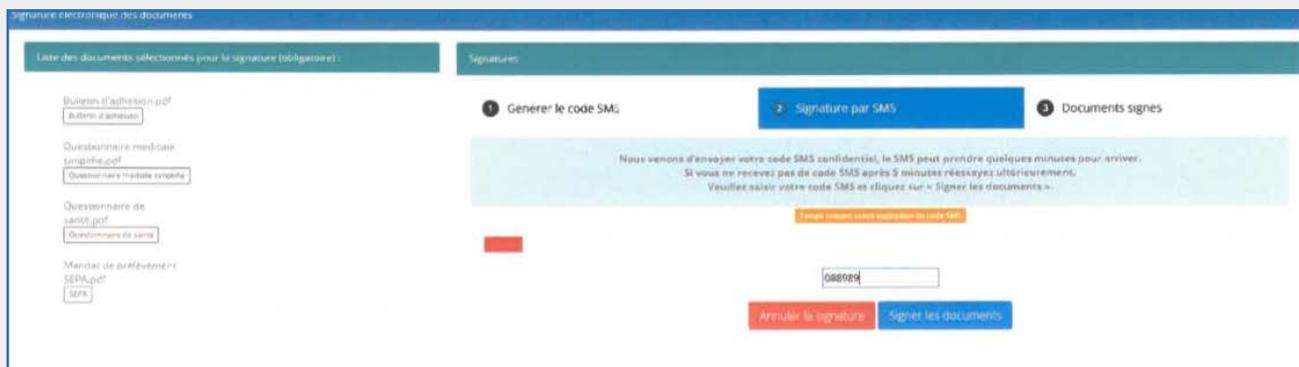
Vous pouvez changer votre numéro de téléphone mobile si ce dernier est différent de celui que vous avez précédemment enregistré.

Votre numéro de téléphone mobile actuel est le :
00336**4708**

Changez votre numéro de téléphone portable ici (Optionnel)

[Annuler la signature](#) [Générer le code SMS](#)

Saisir le code reçu sur votre téléphone puis cliquez sur « Signer les documents »



ÉTAPE 9 : VALIDATION DÉFINITIVE

Merci de Cliquer sur « Passer à l'étape suivante » pour validation définitive



Récapitulatif de votre dossier

**Votre demande d'adhésion a bien été prise en compte.
Votre dossier sera étudié dans les plus brefs délais.**

[Suivre mon dossier](#) [Se déconnecter](#)

FIN

Votre contrat est maintenant pris en compte
Nous reviendrons vers vous très rapidement pour vous transmettre votre certificat d'adhésion