
	<p align="center">SPW LOGEMENT Service Assurance Perte Revenus Rue des Brigades d'Irlande, 1 5100 Jambes ☎ 081/33 22 38 de 9h à 12h30 (lundi-mercredi et jeudi) @ apr.dlog.dgo4@spw.wallonie.be</p>	<p align="center">Formulaire A</p> <p align="center">N° dossier : (réservé à l'Administration)</p>
<p align="center">ASSURANCE CONTRE LA PERTE DE REVENUS (APR) Arrêté du Gouvernement wallon du 21 février 2019</p>		
<p align="center">Afin que votre demande soit complète, vous devez envoyer ensemble les documents suivants</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire A : complété, daté, signé par tous les emprunteurs • Copie de l'acte de prêt hypothécaire signé chez le notaire OU Copie du projet de l'acte de prêt hypothécaire accompagné : <ul style="list-style-type: none"> + d'une attestation du notaire qui indique que vous avez signé un acte de prêt + d'une copie du projet d'acte d'achat + d'une attestation du notaire qui indique que vous avez signé un acte d'achat • Copie du mandat hypothécaire (si vous en avez signé un) • Copie de l'offre de crédit rédigée par l'institution de crédit • Copie du ou des tableaux d'amortissement • Annexe 1 complétée et signée par les emprunteurs et par l'institution de crédit • Annexe 2 complétée par l'employeur de chaque emprunteur • Annexe 3 complétée par la mutualité de chaque emprunteur (si vous êtes indépendant à titre principal - 1 annexe par emprunteur) 		
<p align="center">EN 1 SEUL ENVOI</p>	<p align="center">COURRIER RECOMMANDE DE PREFERENCE</p>	
<p align="center">Dans les 12 mois de la signature de l'Acte de prêt hypothécaire chez le notaire</p>		
<p align="center"> Le non-respect de ce délai entraîne le rejet du dossier</p>		
<p align="center">A l'adresse suivante</p>		
<p align="center">SPW LOGEMENT SERVICE APR RUE DES BRIGADES D'Irlande, 1 5100 JAMBES</p>		
<p align="center">CONSEIL : Conserver une copie de tous les documents envoyés à l'Administration</p>		

Protection de la vie privée et voies de recours

Protection des données

Pour les traitements relevant de la responsabilité du Service public de Wallonie et ce, conformément à la réglementation en matière de protection des données¹, au Code wallon de l'Habitation durable² et à l'arrêté du Gouvernement wallon du 21/02/2019 instaurant une assurance contre le risque de perte de revenus pour cause de perte d'emploi ou d'incapacité de travail, les données personnelles nécessaires seront traitées par la Direction des Aides aux Particuliers du Service public de Wallonie Territoire, Patrimoine, Logement, Energie, en vue de l'octroi ou du rejet de votre demande d'assurance contre le risque de perte de revenus.

Par ailleurs, les données personnelles pourront être également traitées par la Direction du Logement privé, de l'Information et du Contrôle du Service public de Wallonie Territoire, Patrimoine, Logement, Energie en vue d'examiner votre éventuel recours.

Outre les données fournies dans le cadre du présent formulaire et dans le cadre des traitements susmentionnés, les données suivantes seront consultées auprès des sources authentiques en la matière ;

- Nom, prénom,
- Résidence principale,
- Composition de votre ménage,
- Numéro de Registre national.

À toutes fins utiles, vos données ainsi que celles de vos co-emprunteurs seront consultées.

En cas d'octroi de l'assurance, vos données seront conservées 13 ans. Dans le cas du refus, vos données seront conservées 5 ans.

Les données de votre dossier ne seront ni vendues ni utilisées à des fins de marketing ni communiquées à des tiers. Néanmoins, les données nécessaires³ à la souscription de l'assurance seront fournies à l'assureur. Vous pouvez obtenir plus d'information à ce propos auprès de DPO@efhias.be. De même, nous communiquerons votre dossier auprès de notre conseil juridique en cas de procédure judiciaire.

Vous pouvez, dans certains cas spécifiques, rectifier, limiter ou vous opposer au traitement. Pour ce faire, veuillez en faire la demande :

- soit par courrier postal : Rue des Brigades d'Irlande 1, 5100 JAMBES,
- soit par mail : gpr.dlog.dgo4@spw.wallonie.be

Sur demande via [formulaire](#) disponible sur l'ABC des démarches du Portail de la Wallonie (<http://www.wallonie.be/demarches/138958-acceder-a-mes-donnees-personnelles>), vous pouvez avoir accès à vos données ou obtenir de l'information sur un traitement qui vous concerne. Le Délégué à la protection des données du Service public de Wallonie (Place de la Wallonie, 1 à 5100 Jambes - dpo@spw.wallonie.be) en assurera le suivi.

Pour plus d'information sur la protection des données à caractère personnel et vos droits, rendez-vous sur le Portail de la Wallonie (<http://www.wallonie.be/>).

Enfin, si dans le mois de votre demande, vous n'avez aucune réaction du Service public de Wallonie, vous pouvez contacter l'Autorité de protection des données pour introduire une réclamation :

- soit par courrier: 35, Rue de la Presse à 1000 Bruxelles,
- soit par mail: contact@apd-gba.be.

Voies de recours

Que faire si, au terme de la procédure, vous n'êtes pas satisfait de la décision rendue ?

➤ Introduire un recours interne à l'Administration

Vous disposez d'un délai de trente jours à dater de la notification de la décision pour introduire un recours contre le refus d'octroi de l'assurance, auprès de l'Administration par recommandé adressé à l'Administration

➤ Adresser une réclamation auprès du Médiateur

Si au terme de vos démarches préalables au sein de l'Administration vous demeurez insatisfait de la décision, il vous est possible d'adresser une réclamation auprès du Médiateur de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles : **Rue Lucien Namèche, 54, 5000 Namur**, Tél. gratuit **0800 19 199** <http://www.le-mediateur.be>

¹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la Directive 95/46/CE

Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

² Art. 14, §4, 6°, Code wallon de l'Habitation durable, M.B., 4 décembre 1998

³ Numéro du dossier de l'Administration, identité, adresse et sexe de l'assuré, adresse du logement à assurer, identité et sexe du conjoint, date de signature de l'acte de prêt, coordonnées de l'organisme de prêt, type d'opération (achat ou construction), le code de couverture de l'assuré et du conjoint, taux de la prime, les annuités.

CADRE I. Renseignements administratifs

1. Identité de l'emprunteur et du co-emprunteur

Nom - Prénom	
Nom - Prénom	

2. Adresse du logement, objet du prêt hypothécaire

Rue – N° - Bte	
CP - Commune	

3. Objet du prêt hypothécaire (cocher la case adéquate)

Construire ou faire construire un logement	<input type="radio"/>
Acheter un logement existant	<input type="radio"/>



4. Coordonnées du notaire

Nom du notaire	
Téléphone	
Courriel	

5. Coordonnées de l'institution de crédit

Dénomination	
Rue – N° - Bte	
CP – Commune	
Téléphone	
Courriel	

CADRE II. COORDONNEES ET SITUATION DE L'EMPRUNTEUR

Nom	
Prénom	
N° registre national	
Domicile	
Profession	
N° de téléphone	
Courriel	

CADRE III. COORDONNEES ET SITUATION DU CO-EMPRUNTEUR

Nom	
Prénom	
N° registre national	
Domicile	
Profession	
N° de téléphone	
Courriel	

NOM - PRENOM	
---------------------	--

**A la date de la signature de mon prêt hypothécaire chez le
Notaire le :**

____ / ____ / ____

Une réponse aux points 1,2 et 3 est obligatoire – Le document vous sera renvoyé si vous n'y répondez pas.

1. J'étais occupé en tant que	<input type="radio"/> Travailleur salarié (ouvrier-employé) sous contrat de travail à durée indéterminée		
	<input type="radio"/> Enseignant temporaire pouvant justifier de 4 ans d'ancienneté (joindre une attestation de la FWB reprenant les années scolaires prestées et le temps de travail)		
	<input type="radio"/> Agent statutaire ou enseignant nommé/engagé à titre définitif		
	<input type="radio"/> Indépendant à titre principal assujetti à un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité		
2. J'étais en bonne santé et apte au travail	OUI*	NON	
*(à compléter même si vous avez coché OUI au point 2) 3. J'étais couvert par un certificat médical	NON	OUI	-Maladie -Ecartement -1/2 temps médical -Accident de travail -Autre
<u>Remarques éventuelles</u>		Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____	

NOM - PRENOM	
---------------------	--

A la date de la signature de mon prêt hypothécaire chez le Notaire le :

____/____/____

Une réponse aux points 1,2 et 3 est obligatoire – Le document vous sera renvoyé si vous n’y répondez pas.

1. J'étais occupé en tant que	<input type="radio"/> Travailleur salarié (ouvrier-employé) sous contrat de travail à durée indéterminée											
	<input type="radio"/> Enseignant temporaire pouvant justifier de 4 ans d'ancienneté (joindre une attestation de la FWB reprenant les années scolaires prestées et le temps de travail)											
	<input type="radio"/> Agent statutaire ou enseignant nommé/engagé à titre définitif											
	<input type="radio"/> Indépendant à titre principal assujetti à un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité											
2. J'étais en bonne santé et apte au travail	OUI*	Non										
*(à compléter même si vous avez coché OUI au point 2) 3. J'étais couvert par un certificat médical	NON	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="padding-left: 20px;">-Maladie</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 20px;">-Ecartement</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">OUI</td> <td style="padding-left: 20px;">-1/2 temps médical</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 20px;">-Accident de travail</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 20px;">-Autre</td> </tr> </table>		-Maladie		-Ecartement	OUI	-1/2 temps médical		-Accident de travail		-Autre
	-Maladie											
	-Ecartement											
OUI	-1/2 temps médical											
	-Accident de travail											
	-Autre											

Remarques éventuelles

Du : ____/____/____

Au : ____/____/____

CADRE IV. DECLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'EMPRUNTEUR ET DU CO-EMPRUNTEUR
(à lire très attentivement)

- ⇒ **Sollicite(nt) par la présente le bénéfice d'une assurance contre la perte de revenus instaurée par l'arrêté du Gouvernement wallon du 21 février 2019**
- ⇒ **Déclare(nt) sur l'honneur que les informations mentionnées dans ce formulaire sont sincères et authentiques**
- ⇒ **Déclare(nt) autoriser l'Administration à consulter les sources authentiques dans le cadre du traitement de leur dossier (registre national, SPF Finances, ...)**
- ⇒ **Déclare(nt) à la date de la signature du prêt hypothécaire :**
1. figurer dans l'acte de prêt comme débiteur ou codébiteur solidaire ou indivisible, à condition que chaque codébiteur occupe le logement durant la période de couverture de l'assurance
 2. ne pas, seul(s) ou ensemble, posséder ou avoir possédé un autre logement en pleine propriété ou en plein usufruit dans la période de deux ans précédant cette date
 3. que des locaux à usage professionnel représentent moins de 50% de la superficie totale du bien
- ⇒ **S'engage(nt) jusqu'au terme d'une période de 8 années prenant cours à la date de la signature du prêt hypothécaire :**
1. à établir sa (leur) résidence principale dans le logement pour lequel le prêt a été accordé :

Avant l'expiration de ce délai, une demande motivée de prolongation de 12 mois peut être demandée à l'administration

- a) au plus tard dans les 12 mois qui suivent la signature de l'acte de prêt hypothécaire en cas d'achat
- b) au plus tard dans les 24 mois qui suivent la signature de l'acte de prêt hypothécaire en cas de construction

2. à ne pas vendre ni louer le logement en tout ou en partie pendant 8 ans (prévenir le service APR dans le cas contraire)
3. à consentir au contrôle par l'Administration du respect des engagements précités
4. à avertir l'Administration en cas de déménagement



En cas de manquement à l'un des engagements et à l'une des déclarations précités, le bénéfice de l'assurance contre la perte de revenus sera supprimé

Lieu :

Date :

Signature du demandeur

Signature du co-emprunteur