

	<p align="center">SPW LOGEMENT Service Assurance Perte Revenus 1. Rue des Brigades d'Irlande, 1 5100 Jambes ☎ 081/33 22 38 (9 à 12h du lundi au vendredi) @ 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 • Formulaire B : complété par le Service Public Finances (peut être payant) • 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>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

Conformément à la réglementation en matière de protection des données, au Code wallon du Logement et de l'Habitat durable 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 (ci-après DAP) de la Direction générale opérationnelle de l'Aménagement du territoire, du Logement, du Patrimoine et de l'Energie du Service public de Wallonie, 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 (ci-après DLPIC) de la Direction générale opérationnelle de l'Aménagement du territoire, du Logement, du Patrimoine et de l'Energie du Service public de Wallonie en vue d'examiner votre éventuel recours.

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

Ces données ne seront ni vendues ni utilisées à des fins de marketing ni communiquées à des tiers, à l'exception de l'assureur en vue de la souscription de l'assurance ainsi que notre conseil juridique en cas de procédure judiciaire. Ces données seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour assurer les finalités susmentionnées.

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** : apr.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-accéder-a-mes-données-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 - protectiondesdonnees@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 ?

O 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

O 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.



Le médiateur
de la Wallonie
de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Rue Lucien Namèche, 54
5000 Namur

Tél. gratuit 0800 19 199 <http://www.le-mediateur.be>

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	S.A. LE TRAVAILLEUR CHEZ LUI
Rue – N° - Bte	Rue Sainte Marie 5
CP – Commune	4000 LIEGE
Téléphone	04/252.40.50
Courriel	info@satcl.be

CADRE II. COORDONNEES ET SITUATIONS DE L'EMPRUNTEUR

Nom	
Prénom	
N° registre national	
Domicile	
Profession	
N° de téléphone	
Courriel	
Date de la signature du prêt hypothécaire (1)	

A la date de la signature de mon prêt hypothécaire (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	
J'étais en bonne santé et apte au travail	Oui	Non
J'étais en maladie	Oui	Non
Si oui, indiquez la période de maladie	Du	Au

CADRE III. COORDONNEES ET SITUATIONS DU CO-EMPRUNTEUR

Nom		
Prénom		
N° registre national		
Domicile		
Profession		
N° de téléphone		
Courriel		
Date de la signature du prêt hypothécaire (1)		
A la date de la signature de mon prêt hypothécaire (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	
J'étais en bonne santé et apte au travail	Oui	Non
J'étais en maladie	Oui	Non
Si oui, indiquez la période de maladie	Du	Au

Remarque : si plus de 2 emprunteurs, complétez un document supplémentaire

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 précitées, le bénéfice de l'assurance contre la perte de revenus sera supprimé

Lieu :

Date :

Signature du demandeur

Signature du co-emprunteur

Cadre réservé à l'Administration – Dossier :		Annexe 1	
SPW LOGEMENT – ASSURANCE CONTRE LA PERTE DE REVENUS			
Cadres à compléter par l'emprunteur et le co-emprunteur avant transmission à l'organisme de crédit			
Emprunteur	{APRO.C1}		
Co-emprunteur	{APRO.C8}		
L'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent :			
1. à rembourser toutes les indemnités versées en leur nom par l'assureur à l'institution de crédit, si celles-ci ont été acquises de manière frauduleuse			
2. à céder à l'assureur leur droit de recours contre un tiers responsable et ce à concurrence des indemnités d'assurance versées			
3. à rembourser toute somme versée par l'organisme assureur si les indemnités de chômage ou d'incapacité de travail, versées à titre provisionnel, font l'objet d'une récupération par l'organisme mutualiste ou des organismes payeurs du FOREM			
L'emprunteur et le co-emprunteur autorisent l'institution de crédit à fournir tous les renseignements nécessaires au traitement de leur dossier d'assurance contre la perte de revenus			
Fait à	Le	Signature de l'emprunteur et du co-emprunteur	
Cadres à compléter par l'institution de crédit ayant octroyé un prêt hypothécaire à l'emprunteur et au co-emprunteur			
Dénomination	S.A. LE TRAVAILLEUR CHEZ LUI		
Adresse	Rue Sainte Marie 5 à 4000 LIEGE		
	04/252.40.50		
Date de la signature de l'acte de prêt hypothécaire			
L'institution de crédit déclare			
1. accepter irrévocablement que tout paiement fait par l'organisme assureur à son institution en exécution de l'assurance contre la perte de revenus, souscrite par la Région wallonne, décharge les emprunteurs vis-à-vis de l'institution de crédit à concurrence des paiements effectués et ceci pour autant que les versements contractuels soient encore dus aux échéances. Si ce n'est pas le cas, l'institution de crédit remboursera l'(les) assuré(s) des sommes perçues en trop			
2. que l'organisme assureur doit verser les prestations d'assurance dues sur le compte : IBAN BE89 0010 1341 6085 Avec mention de la référence : APR- N°DH {APRO.C1} {APRO.C8}			
3. prévenir l'administration dès que les conditions mentionnées dans l'acte du prêt, en rapport avec les charges assurées, subissent des modifications au cours des huit premières années.			
L'institution de crédit communique les caractéristiques suivantes du prêt hypothécaire			
1. Montant du prêt hypothécaire	{APRO.C67} EUR		
2. <u>Charges annuelles TOTALES</u> durant les 8 premières années : intérêts, reconstitution du capital et <u>PRIMES</u> d'assurance décès solde restant dû éventuelles (en exécution de l'acte de prêt) après déblocage total du crédit.			
1 ^{ère} année	XXX EUR (mens totale x 12)	5 ^{ème} année	
2 ^{ème} année		6 ^{ème} année	
3 ^{ème} année		7 ^{ème} année	
4 ^{ème} année		8 ^{ème} année	
Fait à	Le	Signature et cachet de l'institution	

Cadre réservé à l'Administration – N° dossier :		Annexe 2
SPW LOGEMENT – Assurance contre la perte de revenus		
Cadres à compléter par le demandeur avant transmission à son employeur		
Nom - Prénom	{APRO.C1}	
N° registre national	{APRO.C134}	
Date de signature de l'acte de prêt hypothécaire chez le Notaire		
Cadres à compléter par l'employeur		
A la date de la signature de son acte de prêt hypothécaire (voir ci-dessus (1)), le membre de mon personnel :		
<ul style="list-style-type: none"> était occupé sur base d'un contrat de travail à durée indéterminée : OUI/NON <u>Si OUI, répondez aux 6 questions suivantes</u> 		
1. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
2. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
3. En période de préavis : OUI /NON Si oui, préavis du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. En période d'essai : OUI / NON Si oui, période d'essai du : ____/____/____ au ____/____/____		
5. Condition résolutoire dans le contrat : OUI / NON		
6. Engagé depuis le : ____/____/____		
<ul style="list-style-type: none"> était statutaire ou enseignant nommé/engagé à titre définitif : OUI/NON <u>Si OUI, répondez aux 4 questions suivantes</u> 		
1. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
2. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
3. En période de stage : OUI / NON Si oui, période de stage du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. Nommé/Engagé à titre définitif depuis le : ____/____/____		
<ul style="list-style-type: none"> était engagé en tant qu'enseignant temporaire : <u>OUI/NON Si OUI, répondez aux 4 questions suivantes</u> 		
1. 4 ans d'ancienneté : OUI / NON / Je ne sais pas		
2. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
3. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. Enseignant temporaire depuis le : ____/____/____		
Dénomination de l'employeur		
Adresse du siège social		
Représenté par		
Fonction		
 :	@ :	
Fait à	Le	
Cachet de l'employeur	Signature de l'employeur	

Cadre réservé à l'Administration – N° dossier :		Annexe 2
SPW LOGEMENT – Assurance contre la perte de revenus		
Cadres à compléter par le demandeur avant transmission à son employeur		
Nom - Prénom	{APRO.C8}	
N° registre national	{APRO.C135}	
Date de signature de l'acte de prêt hypothécaire chez le Notaire		
Cadres à compléter par l'employeur		
A la date de la signature de son acte de prêt hypothécaire (voir ci-dessus (1)), le membre de mon personnel :		
<ul style="list-style-type: none"> était occupé sur base d'un contrat de travail à durée indéterminée : OUI/NON <u>Si OUI, répondez aux 6 questions suivantes</u> 		
1. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
2. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
3. En période de préavis : OUI /NON Si oui, préavis du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. En période d'essai : OUI / NON Si oui, période d'essai du : ____/____/____ au ____/____/____		
5. Condition résolutoire dans le contrat : OUI / NON		
6. Engagé depuis le : ____/____/____		
<ul style="list-style-type: none"> était statutaire ou enseignant nommé/engagé à titre définitif : OUI/NON <u>Si OUI, répondez aux 4 questions suivantes</u> 		
1. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
2. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
3. En période de stage : OUI / NON Si oui, période de stage du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. Nommé/Engagé à titre définitif depuis le : ____/____/____		
<ul style="list-style-type: none"> était engagé en tant qu'enseignant temporaire : OUI/NON <u>Si OUI, répondez aux 4 questions suivantes</u> 		
1. 4 ans d'ancienneté : OUI / NON / Je ne sais pas		
2. Temps plein : OUI / NON		
Si temps partiel : Nbre heures prestées : _____ h + % du temps plein : _____		
3. En maladie : OUI / NON Si oui : du : ____/____/____ au ____/____/____		
4. Enseignant temporaire depuis le : ____/____/____		
Dénomination de l'employeur		
Adresse du siège social		
Représenté par		
Fonction		
 :	@ :	
Fait à	Le	
Cachet de l'employeur	Signature de l'employeur	