Imprimé n° 520/42
Circulaire n° 35935/ARM/SGA/DRH-MD
Du 14/12/2018

# BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (1/2)

**Contrat n° 4371B**
**Collectivité n° 00270**

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

M. ❑ Mme ❑ Mlle ❑ Agissant en qualité de : Emprunteur ❑ Coemprunteur ❑
Nom patronymique : …… Nom marital : .....
Prénoms : …… Profession : ……..
Né(e) le : ..... /..... /…… Lieu de naissance :..... Département ou pays : …… …..
Adresse. : .....
Code Postal : ..... Commune : ……..
Nationalité française : OUI ☐ Autre ❑ ……..…..... (à préciser obligatoirement)

## CARACTERISTIQUES DU OU DES PRETS (à compléter par IGESA)

| Montant du prêt | Durée du prêt | Quotité à assurer* |
|---|---|---|
| euros | mois | 100 % |
| euros | mois | 100 % |
| euros | mois | 100 % |

* La quotité est obligatoirement de 100 %.

## GARANTIES DEMANDEES (sous réserve d'acceptation de l'Assureur)

| Candidat âgé de plus de 18 ans et de moins de 66 ans | Candidat âgé de 66 ans ou plus et de moins de 75 ans |
|---|---|
| ❑ (1) Décès – PTIA – ITT<br>OU<br>❑ (1) Décès – PTIA | ❑ (1) Décès seul |

(1) Cochez la case correspondant à votre réponse.

## DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Je soussigné(e) _____. Déclare :

- **avoir plus de 18 ans et moins de 75 ans au jour de la demande d'adhésion,**
- **demander à adhérer au contrat d'assurance de groupe n°4371B** pour le ou les prêt(s) indiqué(s) ci-dessus et les garanties désignées sur le présent bulletin.
- **résider** fiscalement en France.
- **avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation (tel que présenté à l'article 8 b) de la notice d'information. Dans le cadre d'une vente à distance, je demande expressément la prise d'effet des garanties telle que définie dans la notice d'information sans attendre l'expiration du délai de renonciation, moyennant le paiement de ma prime d'assurance.
- **donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- **avoir reçu et pris connaissance de la note d'information et de la notice d'information (*réf. L4371B*_janvier 2019)** exposant les modalités du contrat d'assurance auquel j'ai demandé à adhérer et de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli ». Je conserve un exemplaire de chaque document.
- **m'engager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler notamment par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne.
- **accepter** que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion et de la gestion de mon assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à ces fins, par l'Assureur et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. **Je reconnais** avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.
- **être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par CNP Assurances entraînera la nullité de l'assurance (art. L113-8 du code des assurances). Je m'engage à signaler à CNP Assurances toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de conclusion de l'adhésion.**

# BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHESION (2/2)

**Contrat n° 4371B**
**Collectivité n° 00270**

## DÉCLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE (suite)

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou la mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

CNP Assurances peut être amenée à utiliser des traitements décisionnels notamment pour l'acceptation du candidat à l'assurance et la tarification de son contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.
Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions règlementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.
Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, Tél : 01 53 73 22 22.

Fait à : .....
Le : .....

Signature du Candidat à l'Assurance

Nom du Candidat à l'assurance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

**CNP Assurances** - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 – Tél : 01 42 18 88 88 – www.cnp.fr - Entreprise régie par le code des assurances - GROUPE CAISSE DES DEPÔTS

Autant d'exemplaires originaux que de Parties (Assureur, Candidat à l'assurance, Prêteur)

# FORMALITES D'ADHESION

**Contrat n° 4371B**
**Collectivité n° 00270**

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

**NOM : ..... PRENOM :..... Date de naissance ...../...../.....**

Le bulletin d'adhésion à l'assurance **doit impérativement être accompagné** d'un Questionnaire de Santé Simplifié ou d'un Questionnaire de Santé dans les conditions indiquées ci-dessous :

- Si vous êtes âgé de **moins 66 ans**, et que vous remplissez toutes les conditions du QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (QSS) ci-après, datez et signez-le.
- **Sinon**, vous devez signer le présent bulletin individuel de demande d'adhésion et remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTE ci-joint.

## QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (1/2)

**La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel de votre organisme prêteur.**
**Avant de répondre, lisez intégralement le questionnaire ci-dessous.**
**Attention : ce document ne doit être ni raturé, ni surchargé.**

- **Si vous devez répondre Oui à au moins une des questions, complétez uniquement le cadre B. et remplissez le questionnaire de santé**
- **Si vous pouvez répondre Non à chaque question, complétez le cadre A. et signez le questionnaire de santé simplifié**

**A. -Cochez si la réponse est Non à chaque question**

En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il celui indiqué dans le tableau ci-dessous ? : — Non ☐

| Taille en centimètres | 140-150 | 151-155 | 156-160 | 161-165 | 166-170 | 171-175 | 176-180 | Plus de 180 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Poids en kilogrammes | 80 | 83 | 88 | 92 | 98 | 102 | 108 | 110 |

Etes-vous actuellement

- en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ? — Non ☐
- titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? — Non ☐
- pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale ? — Non ☐

Au cours des 3dernières années, avez-vous :

- été en arrêt de travail plus de30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ? — Non ☐
- été atteint, à votre connaissance, d'une affection rhumatismale, d'un lumbago, d'une sciatique, d'une dépression nerveuse, d'une affection psychiatrique, d'une affection cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de diabète, d'une affection cancéreuse, neurologique, rénale ou respiratoire (hors allergies) ? — Non ☐
- A votre connaissance, devez-vous subir des examens médicaux (sauf dans le cadre du suivi de grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive), une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un traitement médical dans les 12 mois à venir ? — Non ☐

**B - Cochez si la réponse est Oui**

**Devez-vous répondre Oui à au moins une des questions ci-dessus ?** — Oui ☐

**Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.**
**Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances).Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.**

**J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.**

## QUESTIONNAIRE DE SANTE SIMPLIFIE (2/2)

## DECLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Ces traitements ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services. CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos informations personnelles pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Les informations relatives à ces transferts (pays concernés, existence de décisions d'adéquation de la Commission Européenne, destinataires et références aux garanties adaptées qu'ils présentent) peuvent être consultées au lien suivant : (cf. http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee.)

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee).
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer (i) en vous connectant sur votre espace personnel CNP Assurances www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

Fait à : .....
Le : .....

Nom du Candidat à l'assurance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

**Signature du Candidat à l'Assurance**



Autant d'exemplaires originaux que de Parties (Assureur, Candidat à l'assurance)

# QUESTIONNAIRE DE SANTE (1/2)

**(A compléter très lisiblement par le Candidat à l'assurance)**

**Contrat n° 4371B**

**Collectivité n° | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 |**

**NOM : ..... PRENOM : …… Date de naissance : …..…/…..…/……**

**1** Indiquez : Votre taille …..... .cm - Votre poids …..... kg

Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez.

** : ATTENTION, si vous avez été atteint d'un cancer diagnostiqué avant l'âge de 18 ans révolus dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 5 ans sans rechute ; ou si vous avez été atteint d'une pathologie cancéreuse dont le protocole thérapeutique est terminé depuis plus de 10 ans sans rechute, vous n'avez pas à le déclarer. (Convention AERAS)

Vous avez la possibilité de répondre à votre domicile ou en agence. Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel - secret médical », à l'attention du médecin conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe fermée peut être remise au prêteur qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

**TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE**

| | | |
|---|---|---|
| **2** Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé *(sauf congé légal de maternité)* ? | ….. | Pourquoi ?..... Depuis quand ?..... |
| **3** Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? | ….. | Pourquoi ?..... Depuis quelle date ?.....<br>À quel taux ou quelle catégorie ?.....<br>Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?..... |
| **4** Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? ** | ….. | ** Pourquoi ?.....<br>Quand (mois/année) ? …… Durée ?..... |
| **5** Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé ? | ….. | Précisez pour chacun des arrêts :<br>Pourquoi ? ……<br>Quand (mois/année) ? …… Durée ?..... |
| **6** Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? ** | ….. | ** Pourquoi ?.....<br>Quand ? …… Durée ?..... |
| **7** Avez-vous subi au cours de votre existence, une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? ** | ….. | ** Pourquoi ?.....<br>Quand ?..... |
| **8** Etes-vous ou avez-vous été atteint au cours de votre existence : | | Laquelle ? / Quand ? / Durée ? |
| - d'une affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou d'hypertension artérielle ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection maligne (cancéreuse, hématologique) ? ** | ….. | ** …… …… …… |
| - de diabète ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection digestive ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection neurologique ou du système nerveux ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection psychique ou d'une dépression nerveuse ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection rénale ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection respiratoire ? | ….. | …… …… …… |
| - d'une affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ? | ….. | …… …… …… |
| - de lombalgie, lumbago ou sciatique ? | ….. | …… …… …… |
| **9** Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? ** | ….. | ** Précisez pour chaque traitement :<br>Lequel ?..... Pourquoi ?.....<br>Quand (mois/année) ? …… Durée ?..... |
| **10** Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? ** | ….. | ** Lesquelles ?.....<br>Depuis quand ?..... |
| **11** Etes-vous actuellement sous surveillance médicale ? | ….. | Pourquoi ? …… Depuis quand ?..... |
| Suivez-vous actuellement un traitement médical ? | ….. | Lequel ?.....<br>Pourquoi ?..... Depuis quand ? ..... |
| **12** Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de : | …… | Pourquoi ? …… Quand ?..... |
| - réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? | | Lesquels ?..... |
| - être hospitalisé, traité ou opéré ? | …… | ❑ Hospitalisé ❑ Traité ❑ Opéré |
| *(si oui, cochez la ou les case(s) et précisez)* | | Pourquoi ? …… Quand ?..... |

**Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion.**

**Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par l'Assureur entraîne la nullité de l'assurance (article L113-8 du code des assurances). J'ai bien noté que la durée de validité du présent questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.**

**J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel au médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels dans le respect du secret professionnel.**

Je conserve l'exemplaire du questionnaire de santé qui m'est destiné, dûment complété et signé par mes soins.

# QUESTIONNAIRE DE SANTE (2/2)

## DECLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances ou par l'organisme prêteur ou son mandataire.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de l'organisme prêteur ou son mandataire, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances est amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un questionnaire de santé. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou la mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux réassureurs qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.
CNP Assurances peut être amenée à utiliser des traitements décisionnels notamment pour l'acceptation du candidat à l'assurance et la tarification de son contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (cf. http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions règlementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.
Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris, Tél : 01 53 73 22 22.

Fait à : .....
Le : .....

Nom du Candidat à l'assurance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

**Signature du Candidat à l'Assurance**



Autant d'exemplaires originaux que de Parties (Assureur, Candidat à l'assurance)