

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADHÉSION A L'ASSURANCE

Numéro de contrat **A 5 3 7 W**

Numéro de collectivité **9 5 6 3 1 0**

CANDIDAT A L'ASSURANCE

M. ☐ Mme ☒ Mlle ☐ né(e) le : 07/06/1988 lieu de naissance : LILLE Département : **59** Pays de naissance : FRANCE
 Nom de naissance : LEROY
 Nom marital : LEROY Prénom(s) : MARIE
 Adresse actuelle : 245 ROUTE DE ROUBAIX
 Complément adresse :
 Code postal : 59230 Commune : ST AMAND LES EAUX
 Adresse e-mail : marieleroy0706@hotmail.com N° mobile* : 0667880530
 Profession : KINE Nature de la personne à assurer : COEMPRUNTEUR
 Numéro Casden : 46023283

**«En application de l'article L 223-2 du code de la consommation, nous vous informons que vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui vous permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels vous n'avez pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr)».*

FINANCEMENT

Montant (€)	Garanties	Quotité (%)	Durée (mois)	Type	Objet	Référence prêt CASDEN
227 000	DC-PTIA-ITT	100	240	Amortissable	Sans Objet	V0011095911

Je déclare avoir lu et compris chacune des déclarations ci-dessus et pouvoir certifier qu'elles sont exactes.

Pour toutes les garanties, je certifie :

- **avoir pris connaissance** de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (Réf. L5757-A537W_09/24), que j'accepte,
- **avoir reçu les documents susvisés par téléchargement sur des supports durables dématérialisés (PDF), me permettant de conserver un exemplaire de chacun d'eux dans un format que je serai en mesure de consulter.**

J'ai été informé(e) des différentes possibilités de compléter le questionnaire de santé accompagnant ma demande d'adhésion : en procédant à la télédéclaration sécurisée ou en remplissant le formulaire papier mis à disposition par le Prêteur, qui peut être placé dans une enveloppe fermée adressée à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. J'ai alors choisi la procédure de télédéclaration sécurisée.

Je déclare :

- **Demander à adhérer** au contrat d'assurance n° A537W pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus ;
- **Être informé(e)** qu'en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre en cours à la date de conclusion de l'adhésion du candidat à l'assurance ne pourra être prise en charge ;
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage à mon domicile, à ma résidence ou sur mon lieu de travail, **reconnaître avoir reçu et pris connaissance** des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, contenues dans la notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. Dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ;
- **Donner mon accord** pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français ;
- **M'engager à payer les primes d'assurance** que je choisis de régler par prélèvement sur un compte ouvert à mon nom auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne ;
- **Être informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de mon état de santé par l'Assureur entraînera la nullité de l'assurance (Article L. 113-8 du Code des Assurances). Je m'engage à signaler à l'Assureur toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion ;**
- **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 de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur. Dans le cas où je renoncerais à cette possibilité, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.
- **Accepter** par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de mon contrat d'assurance dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément au Règlement n°2016/679 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 (« RGPD ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances, MGEN, CASDEN Banque Populaire ou leurs mandataires.

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 à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de MGEN, CASDEN Banque Populaire ou leurs mandataires, 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. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance, CNP Assurances peut être amenée à collecter des données de santé vous concernant au moyen d'un

questionnaire de santé en ligne. Vos données de santé sont collectées aux fins d'appréciation du risque et des conditions tarifaires qui vous sont applicables ou de 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 votre acceptation et la tarification de votre contrat. Ces traitements constituent des décisions individuelles automatisées.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle, 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 (pour plus d'informations vous pouvez consulter notre site Internet « cnp.fr », <https://www.cnp.fr/particuliers/info-reglementee/donnees-personnelles>).

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 réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

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 pouvez exercer ces différents droits en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA 16939, 4 Promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : **CNIL - Services des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07**, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

05/12/2025 10:20 GMT

(/CADFB CAF36DAB4ED



CNP Assurances - Siège social : 4 Promenade Coeur de Ville 92130 Issy-Les-Moulineaux - Tel : 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre -

Entreprise régie par le code des assurances - IDU EMP FR231782_01ZWUC

CASDEN Banque Populaire - Siège social : 1 bis rue Jean Wiener – 77420 CHAMPS SUR MARNE - Société anonyme coopérative de Banque Populaire à capital variable

- SIREN N° 784 275 778 00842 RCS Meaux - N° immatriculation ORIAS 07 027 138 - Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNO