

**ASSURANCE DECES, PERTE TOTALE ET  
IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INVALIDITE  
PERMANENTE TOTALE, INVALIDITE  
PERMANENTE PARTIELLE  
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE**

**PRETS IMMOBILIERS  
CREDITS TRAVAUX/A LA CONSOMMATION**

N° contrat : A340G  
N° de collectivité : 969230

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT A L'ASSURANCE**

Nature de la personne à assurer : EMPRUNTEUR

M.  Mme  Mlle Né(e) le : 04/06/1969 à : CHINE Dépt : 99

Pays : CHINE

Nom de naissance : LIN

Nom usuel ou marital : YIN

Prénom(s) : LI

Profession : SERVEUR COMMIS REST GARCON BAR

Adresse : 3 RUE DE LA RIBOULERIE

Code postal : 85400 Ville : LUCON

Email : wok858@gmail.com

Tél. fixe\* :

Tél. portable\* : 0611602474

Nom de l'emprunteur s'il est différent de la personne à assurer :

\*«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](http://www.bloctel.gouv.fr))».

**CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT**

Référence du prêt	Montant (€)	Garanties de base (1)	Quotité (%)	Durée (mois)	Type	Durée du différé (mois)	Objet	Option(s) Possibles(s)	N°
	97 231	Décès-PTIA-ITT-IPT	100	120	Amortissable		Immobilier	Invalidité Permanente Partielle 33% (1)	1

(1) Voir définition des garanties à l'article 18 de la notice d'information. PTIA : Perte totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT : Incapacité Temporaire Totale ; IPT : Invalidité Permanente Totale ; IPP : Invalidité Permanente Partielle.

**DÉCLARATIONS DU CANDIDAT À L'ASSURANCE**

**Je soussigné(e) LIN LI déclare :**

- **demandeur à adhérer au contrat d'assurance n° A340G pour le(s) prêt(s) indiqué(s) ci-dessus et certifier être âgé(e) de moins de 65 ans, à la date d'adhésion,**
- **satisfaire aux conditions d'adhésion indiquées ci-dessous et accepter d'être assuré(e) selon les conditions décrites dans la notice d'information 25\_06\_A340G.**
- **reconnaître être informé(e) qu'en raison du caractère aléatoire du contrat d'assurance, aucun sinistre déjà survenu et connu de l'assuré au moment de l'adhésion ne pourra être pris en charge.**
- **avoir été informé(e) des différentes possibilités de compléter le questionnaire de santé accompagnant ma demande d'adhésion : en procédant à la déclaration 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 déclaration sécurisée.**
- pour toutes les garanties que j'ai demandées, **certifier :**
  - o **avoir pris connaissance** du Document d'information sur le produit d'assurance, de la fiche d'information sur le « droit à l'oubli », de la note d'information et de la notice d'information (référencées 25\_06\_A340G), que j'accepte,
  - o **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 serais en mesure de consulter.
- **reconnaître** avoir été informé(e) des dispositions de la convention AERAS.

- **par ailleurs :**
  - accepter** l'assurance Perte d'emploi proposée par le Prêteur
  - renoncer à ou ne pas pouvoir bénéficier** de l'assurance Perte d'emploi proposée par le Prêteur.

**L'adhésion à cette assurance est subordonnée au remplissage d'un bulletin individuel de demande d'adhésion spécifique.**
- 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, **reconnaitre** avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, 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 encore expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la plus tardive des deux dates suivantes : date de conclusion de l'adhésion ou date de signature de l'offre de prêt par l'emprunteur.
- Concernant les crédits travaux, et si le premier déblocage des fonds intervient avant le terme du délai de renonciation, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties au jour du premier prélèvement des primes.
- **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 régler** en sus des échéances de chaque prêt, les primes d'assurance qui me seront réclamées par le Prêteur au taux en vigueur. Je choisis de payer par mandat de prélèvement, le montant des primes dues au titre du présent contrat. Le prélèvement sera effectué sur le compte bancaire ouvert à mon nom, auprès d'un établissement français ou de l'Union européenne.
- **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. L. 113-8 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.
- **être informé(e) des différentes possibilités de compléter le questionnaire de santé : en procédant à la télédéclaration sécurisée ou en remplissant le formulaire papier.**

J'accepte 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 délégués et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.

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, le respect d'une obligation légale et l'exercice d'un intérêt légitime 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 à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dédiés 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. 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](http://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](mailto: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>.



**CNP Assurances - Siège social : 4 Promenade Cœur de Ville 92130 Issy-Les-Moulineaux - Tel : 01 42 18 88 88 - [www.cnp.fr](http://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

**BPCE Vie** - Société anonyme au capital de 161 469 776 €, entreprise régie par le Code des assurances, RCS 349 004 341 Paris.

Siège social : 7, promenade Germaine Sablon 75013 Paris. Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581\_01QHNQ délivré par l'ADEME

**BPCE** - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 207 603 030 euros - Siège social : 7, Promenade Germaine Sablon - 75013 Paris - RCS Paris N° 493 455 042 - Immatriculée sous le numéro ORIAS 08045100, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581\_01QHNQ délivré par l'ADEME

