



**CAISSE D'ÉPARGNE**  
**ILE-DE-FRANCE**

CAISSE D'ÉPARGNE ILE DE FRANCE

Banque Coopérative régie par les articles L512-85 et suivants du code monétaire et financier

SA à Directoire et Conseil d'Orientation et de Surveillance, Capital de 2 375 000 000 euros, n° 382 900 942 RCS Paris

Siège social : 19 rue du Louvre, 75001 Paris

Intermédiaire d'assurance, immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 005 200

Identifiant unique REP Papiers n° FR232581\_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042)

### ADHESION A L'ASSURANCE FACULTATIVE

**Remboursement des primes d'assurances.** En cas d'adhésion à l'assurance facultative, la prime mensuelle d'assurance est à la charge des emprunteurs y compris celle relative à l'assurance souscrite par les cautions. Elle est payable à la même date que l'échéance du crédit.

**Adhésion facultative, au contrat d'assurance de groupe n° 2163B souscrit par BPCE pour le compte du Prêteur auprès de CNP Assurances et BPCE Vie. Pour pouvoir adhérer à l'assurance de groupe facultative, vous devez être âgé(s) de moins de 75 ans révolus. Si vous ne souhaitez pas adhérer à l'assurance de groupe facultative, la case « ne pas suivre le conseil et refuser l'adhésion à l'assurance de groupe facultative » doit être cochée.**

#### Questionnaire de Santé Simplifié :

Nous attirons votre attention sur la nécessité de lire intégralement et avec le plus grand soin les questions suivantes, avant de répondre.

**La confidentialité de vos réponses est garantie par le secret professionnel du Prêteur.**

Si vous pouvez répondre NON à chaque question, vous complétez le cadre A.

Si vous devez répondre OUI à au moins une des questions, vous complétez uniquement le cadre B

<p>- Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?</p> <p>- Etes-vous actuellement titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?</p> <p>- Etes-vous actuellement pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale?</p> <p>- Avez-vous été, au cours des 3 dernières années, en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs sur prescription médicale pour raison de santé ?</p> <p>- Avez-vous été atteint à votre connaissance, au cours des 3 dernières années, 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) ?</p> <p>- 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 ?</p>	<p><b>JOUFFREY, BERNARD</b></p> <p>A - Cochez si la réponse est NON à chaque question</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Devez-vous répondre OUI à au moins une des questions ci-dessus ?</p>	<p>B - Cochez si la réponse est OUI</p> <p><input type="checkbox"/></p>

**Je déclare (Nous déclarons) avoir lu et compris chacune des déclarations du Questionnaire de Santé Simplifié et pouvoir certifier qu'elles sont exactes. Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir été informé(e)(s) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma (notre) part entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances). Je m'engage (Nous nous engageons) à signaler toute modification de mon(notre) état de santé qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion. J'accepte (Nous acceptons) que les données relatives à ma (notre) santé, qui sont obligatoires en vue de mon (notre) 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 (Nous reconnaissons) avoir été informé(e)(s) de la possibilité de transmettre mes (nos) données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je renoncerais (nous renoncerions) à cette possibilité, j'accepte (nous acceptons) qu'elles soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et ses réassureurs éventuels, dans le respect du secret professionnel.**



Je soussigné(e), JOUFFREY BERNARD déclare :

☐ pouvoir répondre **NON** à l'ensemble des questions du questionnaire de santé simplifié ci-dessus et **adhérer** à l'assurance de groupe facultative formule N° 6 (Décès),

☐ devoir répondre OUI à au moins l'une des questions du questionnaire de santé simplifié ci-dessus et **reconnais ne pas être couvert par l'assurance de groupe facultative,**

☒ **ne pas suivre le conseil et refuser l'adhésion** à l'assurance de groupe facultative **proposée par le prêteur et reconnais être informé(e) que ce choix entraîne l'absence d'assurance au titre du contrat d'assurance de groupe**

En cas d'adhésion à l'assurance groupe facultative 2163B proposée par ma banque, j'atteste (nous attestons) avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance, de la note et de la notice d'information (référéncées 23L2163B 09 2023) que j'accepte; avoir reçu les documents susvisés et en conserver un exemplaire de chaque document.

En cas de vente à distance, je demande (nous demandons) expressément la prise d'effet immédiate des garanties sans attendre l'expiration du délai de renonciation.

Je donne (nous donnons) mon (notre) 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.

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 à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données personnelles est nécessaire pour le respect d'une obligation légale, l'exercice d'un intérêt légitime, la gestion de son contrat d'assurance conçu par CNP Assurances et coassuré avec BPCE Vie, et par l'organisme prêteur. CNP Assurances en sa qualité d'Apériteur représente la coassurance pendant toute la vie du contrat.

Vos données personnelles ainsi collectées sont utilisées par CNP Assurances, son délégataire et l'organisme prêteur uniquement pour les finalités suivantes : 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. Les données personnelles sont utilisées par BPCE Vie uniquement pour la finalité suivante : respect de ses obligations prudentielles et réglementaires.

Les destinataires des données à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances et de BPCE Vie ou de l'organisme prêteur, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les distributeurs 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.

Vos données à caractère personnel seront conservées durant toute la durée 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», rubrique sur le « RGPD »).

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 son consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur notre site Internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD, ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Cœur de Ville – 92130 Issy-les-Moulineaux ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)); et/ou l'organisme prêteur pour les données relatives à la passation ou à la gestion de contrat ou à son mandataire pour les données relatives à l'exécution de son contrat.

Votre demande sera, le cas échéant, transmise par CNP Assurances pour étude au DPO de BPCE Vie.

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

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés 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.

**CNP Assurances** - société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Siège social : 4 promenade Cœur de Ville – 92130 Issy-les-Moulineaux – Tél: 01 42 18 88 88 – [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr) – Entreprise régie par le code des assurances – IDU REP Papiers FR231782\_03IAIS.

**BPCE Vie** - société anonyme au capital de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris – Siège social : 7, Promenade Germaine Sablon 75013 Paris France – Entreprise régie par le code des assurances – Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581\_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042) délivré par l'ADEME

**BPCE** - société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 197 856 880 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 7, Promenade Germaine Sablon 75013 Paris - Immatriculée sous le numéro ORIAS 08045100, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581\_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042) délivré par l'ADEME

Signature établissement :

Signature(s) du(des) candidat(s) à l'assurance :