GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE

Contrat individuel d'assurance souscrit conjointement à la mise en place d'une rente viagère auprès de Cardif Retraite

VOTRE BULLETIN DE SOUSCRIPTION

RÉFÉRENCES DU CONTRAT

Références du correspondant Cardif Retraite

Nom ____________________

Numéro ____________________

Références du contrat transformé en rente viagère

Nom du contrat ____________________

N° d'adhésion / de contrat ____________________

VOTRE IDENTITÉ

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom* : ____________________

Prénom* : ____________________

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) : __ __ ____ À* : ____________________

Département : ____ ou Pays *(si autre que France)* : ____________________

Pour pouvoir soucrire au contrat Garantie Dépendance Totale, l'assuré doit être âgé de plus de 55 ans et de moins de 75 ans à la date de souscription.

Adresse[1]* : ____________________

____

Code postal* : ______ Ville* : ____________________

Pays* : ____________________

Nationalité : ____________________

Tél. fixe [2] : ____________ Tél. portable [2] : ____________

E-mail* : ____________________

☐ *J'autorise Cardif Retraite à utiliser mon adresse électronique dans le cadre de l'exécution de mon contrat. Toutefois, je reconnais que certains documents doivent être obligatoirement envoyés en original et que Cardif Retraite m'en informera si le cas se présente. Je prends acte que ces données (adresse électronique) ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale, sauf si j'y ai expressément consenti par ailleurs.*

DEMANDE DE SOUSCRIPTION

Je demande à souscrire au contrat Garantie Dépendance Totale, qui me garantit, selon les conditions définies dans les Conditions générales, le versement, si je suis dans un état de dépendance totale reconnu par Cardif Retraite, d'une rente complémentaire dépendance.

Les données personnelles qui sont obligatoires sont marquées d'un astérisque (*).

1 Adresse précise à laquelle doit être envoyée toute correspondance.

2 Vous ne pouvez pas faire l'objet de démarchage téléphonique sans votre consentement. Toutefois, vous pouvez être appelé par les professionnels avec lesquels vous avez un contrat en cours, à condition que cette sollicitation soit en rapport avec l'objet de votre contrat.

Paraphes

Studio BNP Paribas E&RE - 03-26-007 - Bulletin garantie dépendance PERE-PERCO-PERECO-PERO-PERU - Mars 2026

CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE

Contrat individuel d'assurance souscrit conjointement à la mise en place d'une rente viagère auprès de Cardif Retraite

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, le Médecin Conseil de Cardif Retraite, soucieux de protéger la confidentialité de vos réponses vous invite, à le transmettre <u>sous pli confidentiel</u> à son attention à l'adresse inscrite dans l'encadré ci-dessous.

		RÉPONDRE	
1	Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter ?	OUI ☐	NON ☐
2	Percevez-vous ou avez-vous une demande en cours d'une rente d'invalidité ou d'incapacité permanente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 40% ?	OUI ☐	NON ☐
3	Bénéficiez-vous ou avez-vous une demande en cours d'exonération du ticket modérateur ou une prise en charge à 100 % au titre d'une ALD (Affection de Longue Durée) par votre régime d'assurance maladie ?	OUI ☐	NON ☐

		RÉPONDRE	
4	Présentez-vous une ou plusieurs infirmités, séquelles de maladies ou d'accidents antérieurs limitant vos capacités physiques ou mentales dans la vie courante ou dans la vie professionnelle ?	OUI ☐	NON ☐
5	Avez-vous ou avez-vous eu une affection ophtalmologique (dégénérescence maculaire liée à l'âge ,décollement rétinien, cécité, glaucome, rétinopathie...) autres que les troubles de la vue traités intégralement par verres correcteurs ?	OUI ☐	NON ☐
6	Souffrez-vous d'une démence, d'une maladie d'Alzheimer, d'une maladie de Parkinson, d'un trouble de la mémoire, d'une neuropathie ?	OUI ☐	NON ☐

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère.
Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et prends acte qu'une réticence, fausse déclaration intentionnelle ou une déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Cardif prélèvera les cotisations de mon contrat Garantie Dépendance Totale conformément au Mandat de prélèvement SEPA ci-joint (à remplir et à faire parvenir à l'adresse indiquée, accompagné impérativement d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)).

SIGNATURE

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à ma souscription, des Conditions générales du contrat Garantie Dépendance Totale.
Les informations recueillies sont nécessaires à Cardif Retraite pour réaliser et exécuter l'opération, ainsi que pour les finalités mentionnées au sein de l'article « Protection des données à caractère personnel » des dispositions contractuelles. Vous disposez des droits suivants sur vos données personnelles : droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données, et de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre mort. Pour toute information complémentaire, notamment concernant les durées de conservation de vos données personnelles ou les droits dont vous disposez, vous pouvez consulter la Notice de protection des données personnelles : https://www.cardif.fr/notice-protection-des-donnees

Toute demande doit être accompagnée d'une photocopie/scan de votre pièce d'identité afin que Cardif Retraite puisse avoir une preuve de votre identité.

Fait à _____,

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

Conservez une copie de ce « Questionnaire d'état de santé » et renvoyez l'original à :
Cardif Retraite SH 123
À l'attention du Médecin Conseil
8 rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Cardif Retraite accepte la signature manuscrite, ou la signature électronique certifiée par un prestataire de services de confiance qualifié qui garantit l'intégrité du document et l'identification du signataire. Les signatures scannées, ou qui ne reposent pas sur un certificat électronique qualifié ne sont pas acceptées.

Cardif Retraite
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire régi par le Code des assurances
S.A. au capital de 408 514 850 € - 903364321 RCS Paris - N° ADEME : FR200182_01XHWE
Siège social : 1, boulevard Haussmann – 75009 Paris - Bureaux : 8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex

Studio BNP Paribas E&RE - 03-26-007 - Bulletin garantie dépendance PERE-PERCO-PERECO-PERO-PERU - Mars 2026

FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DE L'ASSURÉ AU TRAITEMENT DE SES DONNÉES DE SANTÉ

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la souscription et/ou la gestion de votre contrat, Cardif Retraite, en qualité de responsables de traitement, collectent et traitent des données qui révèlent des informations sur votre état de santé (vos « **données de santé** »).

Vous trouverez ci-après des précisions concernant les modalités de traitement de vos données de santé :

Données collectées : il s'agit de toutes les données de santé collectées au travers des différents documents demandés par Cardif Retraite (questionnaires de santé, formalités médicales, pièces justificatives, etc.) lors de la souscription de votre contrat d'assurance, et le cas échéant au cours de son exécution.

Finalités des traitements : vos données de santé sont nécessaires à Cardif Retraite pour : (1) la souscription et/ou la gestion de votre contrat : évaluer les caractéristiques du risque, déterminer les conditions dans lesquelles un contrat peut vous être proposé et notamment sa tarification, assurer la gestion de vos sinistres, permettre la modification des caractéristiques de votre contrat, etc. ; et (2) l'amélioration des processus internes de Cardif Retraite : réalisation d'études relatives à la maitrise des risques, amélioration des parcours de souscription et de gestion des contrats, etc.

Destinataires de vos données de santé : les destinataires ayant accès à vos données de santé sont des personnes habilitées et agissant dans le cadre de leurs attributions. Il peut s'agir de réassureurs, coassureurs, gestionnaires ou sous-traitants en lien avec votre contrat.

Droit de retrait du consentement : vous pouvez retirer votre consentement au traitement de vos données de santé, à tout moment, en adressant une demande à : Cardif Retraite - DPO / 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France ; ou Data.protection@Cardif.com.

Toutefois, nous vous informons que le retrait de votre consentement est susceptible d'empêcher l'exécution des garanties de votre contrat et ne vous permettra pas d'aboutir à sa résiliation où à l'effacement des données collectées dans la mesure où celles-ci pourraient être utiles à Cardif pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice.

Pour tout information complémentaire, notamment sur les droits dont vous disposez, vous pouvez consulter la clause « Informatique et libertés » de votre contrat ou la Notice sur la protection des données de Cardif Retraite disponible à l'adresse suivante : https://www.cardif.fr/notice-protection-des-donnees.

SIGNATURE

J'accepte expressément que des données sur mon état de santé soient collectées et traitées par Cardif Retraite et ses éventuels réassureurs, afin de permettre la conclusion et/ou la gestion de mon contrat, ainsi que pour l'amélioration des processus internes de Cardif Retraite.

Nom _____,

Prénom _____,

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

Cardif Retraite accepte la signature manuscrite, ou la signature électronique certifiée par un prestataire de services de confiance qualifié qui garantit l'intégrité du document et l'identification du signataire. Les signatures scannées, ou qui ne reposent pas sur un certificat électronique qualifié ne sont pas acceptées.

Cardif Retraite
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire régi par le Code des assurances
S.A. au capital de 408 514 850 € - 903364321 RCS Paris - N° ADEME : FR200182_01XHWE
Siège social : 1, boulevard Haussmann – 75009 Paris - Bureaux : 8, rue du Port – 92728 Nanterre Cedex

Studio BNP Paribas E&RE - 03-26-007 - Bulletin garantie dépendance PERE-PERCO-PERECO-PERO-PERU - Mars 2026