

LUCYA CNP

LUCYA CNP Capi

DEMANDE

D'OPÉRATIONS FINANCIÈRES

CHANGEMENT DE
SITUATION ADMINISTRATIVE

DEMANDE D'OPÉRATIONS FINANCIÈRES :**CHANGEMENT DE SITUATION ADMINISTRATIVE** (adresse, état civil, coordonnées bancaires, régime de protection)

Nom du contrat	
Numéro du contrat	
Nom du souscripteur	
Nom du co-souscripteur	
Dénomination sociale et statut juridique (si personne morale)	
Représentée par (nom et qualité)	
Nom de l'apporteur	LUCYA
Code de l'apporteur	777001

* Pour une personne morale, joindre obligatoirement la copie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité recto/verso, passeport, permis de conduire sécurisé au format européen) du représentant de la personne morale et une copie des pouvoirs accordés au représentant pour engager la personne morale.

Avez-vous changé de pays de résidence fiscale et / ou avez-vous la nationalité / citoyenneté américaine (États-Unis d'Amérique) ?	<input type="checkbox"/> OUI*	<input type="checkbox"/> NON
Le souscripteur, un membre de sa famille ou de son entourage exerce-t-il ou a-t-il exercé depuis moins d'un an des fonctions publiques (Personne Politiquement Exposée car exerçant un mandat électif, social...) ?	<input type="checkbox"/> OUI**	<input type="checkbox"/> NON

* Si OUI, remplir l'auto-certification de résidence fiscale

** Si OUI, remplir la fiche de renseignements confidentiels

PERSONNE PHYSIQUE

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL – ADRESSE *		
SOUSCRIPTEUR(S) ET ASSURÉ(S)		
	SOUSCRIPTEUR*	CO-SOUSCRIPTEUR*
État civil	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire PACS	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire PACS
Nom de famille (nom de naissance)		
Nom d'usage		
Prénoms		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité (si plusieurs, préciser)		
Téléphone**		
Courriel		
Résidence fiscale en France	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	Seuls les résidents fiscaux français peuvent souscrire le contrat. Les souscripteurs s'engagent à fournir les informations relatives à tout changement de situation, notamment fiscale.	
Adresse fiscale en France		
Rés. / Appt. / Bât.		
N° / rue / Lieu-dit		
Code postal / Commune		
Pays		
Si différente, adresse postale		
Rés. / Appt. / Bât.		
N° / rue / Lieu-dit		
Code postal / Commune		
Pays		

* En cas de changement d'état civil, joindre obligatoirement la copie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité recto/verso, passeport, permis de conduire sécurisé au format européen).
En cas de changement d'adresse, joindre un justificatif de domicile.

** 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 contrat en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

CHANGEMENT OU NOUVEAU RÉGIME DE PROTECTION DU SOUSCRIPTEUR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous sauvegarde de justice |
| <input type="checkbox"/> Mineur sous administration légale* | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous curatelle |
| <input type="checkbox"/> Mineur sous tutelle* | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous tutelle |
| <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous habilitation familiale | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous mandat de protection |

CHANGEMENT OU NOUVEAU RÉGIME DE PROTECTION DU CO-SOUSCRIPTEUR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous sauvegarde de justice |
| <input type="checkbox"/> Mineur sous administration légale* | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous curatelle |
| <input type="checkbox"/> Mineur sous tutelle* | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous tutelle |
| <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous habilitation familiale | <input type="checkbox"/> Majeur protégé sous mandat de protection |

* En application de l'article 385 du code civil, l'administrateur légal est tenu d'apporter dans la gestion des biens du mineur des soins prudents, diligents et avisés, dans le seul intérêt du mineur. Conformément à l'article 386 du code civil l'administrateur légal est responsable de tout dommage résultant d'une faute quelconque qu'il commet dans la gestion des biens du mineur. Si l'administration légale est exercée en commun, les deux parents sont responsables solidairement. L'Etat est responsable des dommages susceptibles d'être occasionnés par le juge des tutelles et le directeur des services de greffe judiciaires du tribunal judiciaire dans l'exercice de leurs fonctions en matière d'administration légale, dans les conditions prévues à l'article 412. L'action en responsabilité se prescrit par cinq ans à compter de la majorité de l'intéressé ou de son émancipation.

En cas de pluralité de représentants, le premier représentant reçoit et conserve les documents contractuels et les courriers relatifs au contrat. Se reporter à la liste des pièces à joindre.

REPRÉSENTANTS DU SOUSCRIPTEUR	PREMIER REPRÉSENTANT*	SECOND REPRÉSENTANT*
État civil	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> préposé d'une personne morale	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> préposé d'une personne morale
Nom de famille (nom de naissance)		
Nom d'usage		
Prénoms		
Dénomination sociale et statut juridique (si personne morale)		
Profession (si retraité(e), préciser l'ancienne fonction occupée)		
Adresse : Rés. Appt. Bât.		
N° rue / Lieu-dit		
Code postal / Commune		
Pays		
Téléphone**		
Courriel		
Nationalité (si plusieurs, préciser)		

Résidence fiscale : les représentants s'engagent à fournir les informations relatives à tout changement de situation, notamment fiscale.

REPRÉSENTANTS DU CO-SOUSCRIPTEUR	PREMIER REPRÉSENTANT*	SECOND REPRÉSENTANT*
État civil	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> préposé d'une personne morale	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> préposé d'une personne morale
Nom de famille (nom de naissance)		
Nom d'usage		
Prénoms		
Dénomination sociale et statut juridique (si personne morale)		
Profession (si retraité(e), préciser l'ancienne fonction occupée)		
Adresse : Rés. Appt. Bât.		
N° rue / Lieu-dit		
Code postal / Commune		
Pays		
Téléphone**		
Courriel		
Nationalité (si plusieurs, préciser)		

Résidence fiscale : les représentants s'engagent à fournir les informations relatives à tout changement de situation, notamment fiscale.

* En cas de changement d'état civil, joindre obligatoirement la photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité recto/verso, passeport, permis de conduire sécurisé au format européen, titre de séjour).

** 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 contrat en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

PERSONNE MORALE

CHANGEMENT SOUSCRIPTEUR

Nom de la société - raison sociale :

N° de SIRET :

Code APE :

N° de RCE :

Adresse du siège social :

Adresse de correspondance (si différente) :

Nom et prénom du représentant de la personne morale :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Agissant en qualité de :

Profession :

Téléphone* :

Courriel :

Adresse du représentant de la personne morale :

À renseigner obligatoirement :

Option fiscale : IR IS Autre :

Nature de la société : Patrimoniale Non patrimoniale Organisme de droit privé sans but lucratif

Joindre obligatoirement :

- un extrait de Kbis de moins de 3 mois et les statuts de la société
- une copie de la carte d'identité, en cours de validité, du signataire habilité à engager la société
- une copie des pouvoirs accordés au signataire habilité à engager la société

* 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 contrat en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

CHANGEMENT DE RÉFÉRENCE BANCAIRE

RÉFÉRENCE BANCAIRE DU SOUSCRIPTEUR / DES CO-SOUSCRIPTEURS

(joindre obligatoirement un IBAN à votre nom)

Coordonnées de votre compte bancaire de prélèvement : IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR OU DES CO-SOUSCRIPTEURS

- Je déclare (nous déclarons) exact l'ensemble des renseignements communiqués.
 - Je reconnais (nous reconnaissons) que 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 mes (nos) données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de mon (notre) contrat d'assurance vie et de capitalisation par CNP Assurances ou par Lucya et pour le respect d'une obligation légale ou l'exercice d'un intérêt légitime par CNP Assurances ou par Lucya. Les traitements de ces données ont pour finalités :
 - la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance vie ou de capitalisation ; 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 contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et la lutte 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 destinataires de ces données à caractère personnel sont dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances ou de Lucya, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, 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 peuvent être transférées à des destinataires établis hors de l'Union Européenne et disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel ou à des destinataires présentant des garanties appropriées.
 - Mes (nos) 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 (pour en savoir plus sur la protection des données : <https://www.cnp.fr/particuliers/info-reglementee/donnees-personnelles>). Je dispose (nous disposons) d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de mes (nos) données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, je dispose (nous disposons) du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, je dispose (nous disposons) du droit de demander la limitation du traitement ou de m'y (nous) opposer.
 - Je peux (nous pouvons) également demander la portabilité des données que j'ai (nous avons) transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque mon (notre) consentement était requis.
 - Je dispose (nous disposons) également du droit de prévoir des directives relatives au sort de mes (nos) données à caractère personnel après mon (notre) décès.
 - Je peux (nous pouvons) exercer ces différents droits en contactant directement :
 - Lucya par courrier : Lucya - Délégué à la protection des données (DPO) - 13, rue d'Uzès - 75002 Paris ou par courriel (dpo@lucya.com) ;
 - CNP Assurances : (i) en me (nous) rendant sur le site Internet « [cnp.fr](https://contacts.cnp.fr/donnees-personnelles-rgpd) » <https://contacts.cnp.fr/donnees-personnelles-rgpd> ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).
- En cas de désaccord concernant mes (nos) données, j'ai (nous) avons le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés à l'adresse suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07, <https://www.cnil.fr>

Fait en autant d'exemplaire que de signataire, à

le

Signature du souscripteur personne physique ou représentant de la personne morale

« Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus »

Signature du co-souscripteur

« Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus »

Signature(s) du (des) représentant(s) du mineur ou majeur protégé

Signature(s) précédée(s) des nom, prénom et qualité* « Je certifie (nous certifions) l'exactitude des renseignements portés ci-dessus »

LUCYA

« Certifie avoir vérifié l'origine des fonds conformément aux procédures en vigueur »

Signature :

Téléphone :

* Indiquer pour les mineurs non émancipés : parents du mineur ou père ou mère ou tuteur et pour les majeurs protégés : tuteur ou curateur ou mandataire de sauvegarde de justice ou mandataire de protection future ou personne habilitée.

Lucya est une société de courtage en assurance de personnes.
Société par Actions Simplifiée, au capital de 2 200 000 €, immatriculée au RCS de Paris sous le n°478 594 351, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 004 394 et dont le siège social est situé au 13 rue d'Uzès - 75002 Paris

CNP Assurances - Siège social : 4 Promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 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

