

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES EN  
MATIERE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Ce formulaire, établi conformément à la législation et à la réglementation en vigueur en matière de protection des données personnelles, vous permet d'exercer votre droit concernant le traitement de ces données par la Compagnie Algérienne d'Assurance et de Réassurance.

**1-Identification du Demandeur :**

**Nom, prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**Pièce d'identification :**

**Numéro de la pièce d'identité :**

**Statut du demandeur (salarié, stagiaire, sous-traitant, client, autres à préciser) :**

**Numéro du contrat :**

**2- Objet de la Demande**

Ce formulaire concerne l'exercice d'un seul droit. Veuillez indiquer le droit objet de votre demande :

**Droit à l'information**

**Droit d'accès**

**Droit de rectification**

**Droit d'opposition**

**3-Description de la Demande**

**(Merci d'indiquer toute information complémentaire ou précision concernant votre demande)**

#### 4-Justificatif d'Identité

- Je m'engage à communiquer, en complément de ce formulaire, la copie d'une pièce d'identité en cours de validité permettant mon identification.
- Je donne mon consentement pour le traitement des données personnelles renseignées dans le présent formulaire.

Si la personne concernée par la demande est mineure, joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité du tuteur légal (justificatifs nécessaires à joindre à la présente demande).

Les informations de ce formulaire sont recueillies, et conservées exclusivement dans le cadre des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, à savoir le traitement de votre demande.

La CAAR se réserve le droit de vous contacter afin de demander des informations ou documents complémentaires nécessaires au traitement de votre demande.

A l'issue du traitement de votre demande par nos services, la copie de votre carte d'identité sera détruite.

Le présent formulaire doit être dûment renseigné, signé et transmis à l'adresse suivante :

<b>Compagnie Algérienne d'Assurance et de Réassurance – Délégué à la Protection des données</b>	<b>48, rue DIDOUCHE MOURAD, 16002, ALGER, ALGERIE</b>
	<b>dpo@caar.dz</b>

Fait à : \_\_\_\_\_ , le : \_\_\_\_\_ Signature du demandeur :