

# GÉRER MON CONTRAT

Tous les champs sont obligatoires. À défaut, votre demande ne pourra être acceptée et vous sera retournée.  
Vous devez joindre la (les) copie(s) recto-verso d'une pièce officielle d'identité, en cours de validité avec photographie et mentions lisibles.

Réf. Adhésion : \_\_\_\_\_

## 1 | JE SOUSSIGNÉ(E)

### 1 | ADHÉRENT / ASSURÉ

#### ÉTAT CIVIL

M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

#### CONTACT

Tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### 1 | CO-ADHÉRENT / CO-ASSURÉ

#### ÉTAT CIVIL

M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

#### CONTACT

Tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

## 2 | JE SOUHAITE

EFFECTUER UN VERSEMENT LIBRE COMPLÉMENTAIRE DE \_\_\_\_\_ € (minimum 450 euros ou 150 € par support)

à investir selon la répartition ci-dessous :

#### MODE DE RÈGLEMENT

Par chèque ci-joint n° \_\_\_\_\_ établi exclusivement à l'ordre de l'Asac et tiré sur le compte de l'Adhérent ouvert auprès de la banque : \_\_\_\_\_ Tout versement en espèces est exclu.

EFFECTUER DES VERSEMENTS PROGRAMMÉS <sup>(1)</sup> POUR UN MONTANT DE \_\_\_\_\_ €

J'opte pour la périodicité suivante :  Mensuelle : \_\_\_\_\_ (minimum 76,53 €)  Trimestrielle : \_\_\_\_\_ (minimum 76,53 €)  
 Semestrielle : \_\_\_\_\_ (minimum 114,80 €)  Annuelle : \_\_\_\_\_ (minimum 153,06 €)

JE MODIFIE MES VERSEMENTS PROGRAMMÉS :

- Nouveau montant : \_\_\_\_\_ €, (j'indique la nouvelle répartition sur le tableau ci-dessous)
- Nouvelle périodicité :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle
- Nouvelle répartition (J'indique la nouvelle répartition sur le tableau suivant)

JE METS FIN À MES VERSEMENTS PROGRAMMÉS.

<sup>(1)</sup> Joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires à la mise en place des prélèvements automatiques dûment remplis dont le mandat de prélèvement.

## RÉPARTITION DU VERSEMENT LIBRE ET/OU DES VERSEMENTS PROGRAMMÉS

identique à celle de mon contrat à la date de réception

OU

comme suit :

### RÉPARTITION DES VERSEMENTS LIBRES OU PROGRAMMÉS

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN
Fonds en euros	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### — MONTANT PAR SUPPORT <sup>(7)</sup>—

Versement libre	Versements programmés
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
_____ €	_____ €
Totaux : _____ €	_____ €

Paraphe(s) adhérent / co-adhérent

ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL  M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CO-ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL  M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EFFECTUER UN REMBOURSEMENT TOTAL OU PARTIEL D'AVANCE**

- Total  Partiel : je rembourse la somme de \_\_\_\_\_ €  
 Par chèque ci-joint n° \_\_\_\_\_ établi exclusivement à l'ordre de l'Asac  
 et tiré sur le compte de l'Adhérent ouvert auprès de la banque : \_\_\_\_\_

**ARBITRAGE PONCTUEL**

**EFFECTUER UN ARBITRAGE (MINIMUM 450 EUROS),**

> **DÉSINVESTIR : Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))**

Fonds en euros	Code(s) ISIN	En pourcentage
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

> **INVESTIR : Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))**

Fonds en euros	Code(s) ISIN	En pourcentage <sup>(7)</sup>
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

<sup>(7)</sup> Chaque nouveau support doit comporter un investissement de 459,18 € (frais inclus)

**Total : 100%**

**RÉALLOCATION TOTALE**

**Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))**

Fonds en euros	Code(s) ISIN	En pourcentage <sup>(7)</sup>
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

<sup>(7)</sup> Chaque nouveau support doit comporter un investissement de 459,18 € (frais inclus)

**Total : 100%**

**ARBITRAGE AUTOMATIQUE – un seul choix possible**

**1  RÉPARTITION CIBLE - Réajustement des supports en pourcentage les uns par rapport aux autres**

**2  INVESTISSEMENT PROGRAMMÉ**

Arbitrage automatique périodique du Fonds en Euros vers un (ou plusieurs) support(s) en unités de compte.

1<sup>er</sup> arbitrage en date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Montant en euros : \_\_\_\_\_ €

**3  ARBITRAGE DES PLUS-VALUES DES SUPPORTS EN UNITÉS DE COMPTE**

Arbitrage automatique de la plus-value dégagée par une ou plusieurs unité(s) de compte sur le Fonds en Euros.

**4  ARBITRAGE DES PLUS-VALUES DU FONDS EN EUROS**

Arbitrage automatique de la participation aux résultats affectée au Fonds en Euros vers un ou plusieurs supports en unités de compte.

Paraphe(s) adhérent / co-adhérent

ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL  M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CO-ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL  M.  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OPTION CHOISIE :**

**PÉRIODICITÉ :**  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

**LIBELLÉ**

Fonds en euros

**CODE ISIN**

-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL
-----	LLLLLLLLLLLLLLLL

- 1 RÉPARTITION CIBLE
- 2 INVESTISSEMENT PROGRAMMÉ
- 3 PLUS VALUES FONDS EN EUROS

-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%
-----	%

- 4 PLUS VALUES UNITÉS DE COMPTE

L'Adhérent reconnaît avoir reçu les documents d'information clé pour l'investisseur, note détaillée et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation, relatifs aux supports en unités de compte sélectionnés dans le présent Bulletin et pris connaissance de leurs principales caractéristiques.

Les documents d'information clé pour l'investisseur, note détaillée et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation, relatifs aux supports en unités de compte présents au contrat sont disponibles sur simple demande auprès d'ASAC-FAPES ou via le site Internet des sociétés de gestion.

L'Adhérent déclare avoir été clairement informé qu'en investissant sur des supports en unités de compte, qu'il prenait à sa charge le risque lié à la variation des cours de chacun de ceux qu'il a souscrits.

L'adhérent déclare que la présente répartition d'investissement est conforme à son profil de risque établi lors de l'adhésion. En cas de modification de son appétence au risque dans le temps, il doit se rapprocher d'ASAC-FAPES afin d'en établir un nouveau.

Si votre adhésion comporte **UN PLAN D'ARBITRAGES AUTOMATIQUES**, souhaitez-vous le :

- Supprimer
- Modifier

**UN PLAN DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS** doit-il être :

- Supprimé
- Modifié

**3 | SIGNATURE(S)**

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adhérent / Assuré

Co-adhérent / Co-assuré

**Informatiques et libertés :**

Ces informations sont destinées à l'assureur et sont nécessaires au traitement du dossier de l'Adhérent. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de son contrat notamment à son courtier. Par la signature de ce document, l'Adhérent accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur communiquera des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition notamment à la communication de ces informations à des tiers ou à leurs utilisations à des fins commerciales, pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant. Il peut exercer ces droits sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09. Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier le recueil et/ou la communication d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 8 rue Vivienne - 75002 Paris.

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à son adhésion sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend son domicile. L'Adhérent dispose d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

ASAC Association déclarée sans but lucratif, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 31, rue des Colonnes du Trône - 75012 Paris

Generali Vie, Société Anonyme au capital de 336 872 976 euros, Entreprise régie par le Code des assurances – 602 062 481 RCS Paris

Siège social : 2 rue Pillet Will – 75009 Paris - Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

# Dossier client

## Personne Physique

Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris  
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris  
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé  
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Nouveau client

Client existant

Numéro de contrat \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de l'interlocuteur commercial \_\_\_\_\_

En cas de co-souscription\* : chaque Souscripteur doit compléter un dossier client

\* Le terme *Souscripteur* désigne soit le *Contractant*, soit l'*Adhérent*.

### Pourquoi ce document ?

Ce document de recueil d'informations a pour but de permettre à votre interlocuteur commercial et à votre assureur de se conformer à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (en application des articles L561-5 et L561-6 du code monétaire et financier).

Il est composé de deux volets distincts, **la connaissance du client et la connaissance de l'opération**.

Les deux volets du recueil d'informations doivent être complétés pour toute entrée de fonds (Souscription, reversement et mise en place de versement libre programmé) accompagnés des pièces justificatives listées dans l'aide.

**Dans les situations d'actualisation de la connaissance client (Changement du payeur de prime, nouvelle adresse, nouvelle domiciliation postale ou fiscale à l'étranger, changement de coordonnées bancaires, nantissement du contrat ou délégation de créance au profit d'une banque étrangère ou d'une personne n'ayant pas la qualité d'établissement de crédit, ajout d'un Co-Souscripteur (donation ou transmission d'un contrat de capitalisation), seul le premier volet doit être renseigné.**

Il pourra également, à l'initiative de Generali, vous être demandé d'actualiser vos éléments de connaissance client.

Afin de garantir la prise en charge de votre dossier, nous vous remercions de remplir ce document.

La conservation des informations et des documents que nous recueillons dans ce cadre est réalisée de façon à en assurer la confidentialité et l'intégrité.

Votre interlocuteur commercial se tient à votre disposition pour toute information complémentaire.

**CE DOCUMENT DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ EST INDISPENSABLE  
À LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOSSIER**

Nom du Souscripteur \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |  
Prénom du Souscripteur \_\_\_\_\_ Numéro de contrat \_\_\_\_\_

Paraphe



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 10 pages  
dont la 10ème comporte la signature du Souscripteur.



# 1. Connaissance Client (volet à remplir obligatoirement)

## 1.3. Personne Politiquement Exposée

1.3.1. Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? (\*)

Non  Oui

Pays d'exercice \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.3.2. Êtes-vous proche d'une Personne Politiquement Exposée (PPE), en tant que membre direct de la famille ou en tant que personne étroitement associée à une PPE ? (\*)

Non  Oui

Nom et prénom(s) de la PPE \_\_\_\_\_

Fonction de la PPE \_\_\_\_\_

Pays d'exercice \_\_\_\_\_

Lien de la PPE avec le Souscripteur \_\_\_\_\_

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1.4. Données financières et patrimoniales

1.4.1. Revenus annuels du foyer (en net fiscal)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0 € à 25 000 €          | <input type="checkbox"/> de 100 000 € à 150 000 €         |
| <input type="checkbox"/> de 25 000 € à 50 000 €  | <input type="checkbox"/> de 150 000 € à 300 000 €         |
| <input type="checkbox"/> de 50 000 € à 75 000 €  | <input type="checkbox"/> > 300 000 € (À préciser) _____ € |
| <input type="checkbox"/> de 75 000 € à 100 000 € |   |

1.4.2. Estimation du patrimoine du foyer

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 € à 100 000 €            | <input type="checkbox"/> de 1 000 000 € à 2 000 000 €        |
| <input type="checkbox"/> de 100 000 € à 300 000 €   | <input type="checkbox"/> de 2 000 000 € à 5 000 000 €        |
| <input type="checkbox"/> de 300 000 € à 500 000 €   | <input type="checkbox"/> de 5 000 000 € à 10 000 000 €       |
| <input type="checkbox"/> de 500 000 € à 1 000 000 € | <input type="checkbox"/> > 10 000 000 € (À préciser) _____ € |

1.4.3. Répartition du patrimoine en pourcentage

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Immobilier                                   | _____ % |
| <input type="checkbox"/> Portefeuille de valeurs mobilières           | _____ % |
| <input type="checkbox"/> Placements bancaires (ex : livret d'épargne) | _____ % |
| <input type="checkbox"/> Contrats assurance-vie/capitalisation        | _____ % |
| <input type="checkbox"/> Autre (ex : Objets d'art, rente...)          | _____ % |
| (À préciser) _____  | _____ % |

1.4.4. Origine du patrimoine

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Épargne/Revenus                  | <input type="checkbox"/> Cession d'actif(s) professionnel(s) |
| <input type="checkbox"/> Succession/Donation              | <input type="checkbox"/> Gains au jeux                       |
| <input type="checkbox"/> Cession d'actif(s) immobilier(s) | <input type="checkbox"/> Autre (À préciser) _____            |
| <input type="checkbox"/> Cession d'actif(s) mobilier(s)   |  |

(\*) Se référer à l'aide pour compléter certaines sections du dossier client.

Nom du Souscripteur _____	Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>										
Prénom du Souscripteur _____	Numéro de contrat _____										

<b>Paraphe</b>
----------------



# 1. Connaissance Client (volet à remplir obligatoirement)

## 1.5. Auto-certification de résidence fiscale

En application de l'accord relatif à l'échange automatique et obligatoire d'informations en matière fiscale entre les pays de l'Union Européenne conclu le 29 octobre 2014 à Berlin ; des accords bilatéraux ou multilatéraux signés par la République française en la matière, ainsi que des règles édictées par le gouvernement américain en matière de lutte contre l'évasion fiscale (loi FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act - loi fiscale sur la déclaration des avoirs de citoyens ou résidents américains investis à l'étranger) et de l'accord subséquent conclu le 14 novembre 2013 entre les gouvernements français et américain ; Generali Vie est dans l'obligation de vous demander des informations complémentaires relatives à la situation fiscale du (des) Souscripteur(s) du contrat afin de déterminer de quel(s) pays il(s) est (sont) contribuable(s) et/ou résident(s) à des fins fiscales.

Ce document est de nature déclarative. Pour cette raison, seul le(s) Souscripteur(s) (ou toute personne habilitée à le représenter légalement) est en mesure de faire les déclarations constituées par les réponses au présent questionnaire. Generali Vie n'est pas habilitée à remplir ce document pour votre compte. Si vous avez des questions sur la façon de remplir cette section ou comment déterminer votre résidence fiscale, nous vous invitons à interroger l' (les) autorité(s) fiscale(s) compétente(s) ou à consulter les références indiquées dans l'aide du présent document.

### Certification de résidence fiscale du Souscripteur

#### ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (FATCA)

Q1. Êtes-vous citoyen des États-Unis d'Amérique ?  Oui  Non

Q2. Êtes-vous résident fiscal des États-Unis d'Amérique ?  Oui  Non

#### À la souscription :

- si vous avez coché **Oui** à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas signer le Bulletin de souscription ; nous vous invitons dans ce cas à vous rapprocher de votre Courtier-Conseiller.
- si vous avez coché **Non** aux deux questions ci-dessus, vous certifiez que vous n'êtes ni citoyen, ni résident fiscal des États-Unis d'Amérique ; nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

#### En cours de vie du contrat :

- si vous avez coché **Oui** à l'une des questions ci-dessus, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes.

Le(s) Souscripteur(s) s'engage(nt) à signaler à Generali Vie, dans les meilleurs délais, tout changement de pays de résidence fiscale à défaut de quoi il(s) encoure(nt) l'amende de 1 500 € prévue à l'article 1740 C du code général des impôts.

Q3. Possédez-vous un numéro d'immatriculation fiscal des États-Unis d'Amérique (TIN) tout en étant ou en n'étant pas/plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique ?  Oui  Non

Si Oui, n° TIN (\*) : \_\_\_\_\_ . Et joindre un formulaire W-8BEN.

Adresse de résidence fiscale \_\_\_\_\_

#### PAYS HORS ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (CRS-OCDE)

Q.4 Êtes-vous résident fiscal d'un ou plusieurs pays autre que les US et la France ?  Oui  Non

Si Oui, remplissez ci-dessous :

Pays \_\_\_\_\_ NIF (\*) \_\_\_\_\_

Adresse de résidence fiscale \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ NIF (\*) \_\_\_\_\_

Adresse de résidence fiscale \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ NIF (\*) \_\_\_\_\_

Adresse de résidence fiscale \_\_\_\_\_

(\*) NIF : Numéro d'Immatriculation Fiscale

Nom du Souscripteur _____	Date de naissance
Prénom du Souscripteur _____	Numéro de contrat _____

**Paraphe**



## 2. Opération

### 2.1. Objectifs de l'opération (Cocher un ou plusieurs objectifs)

- Constituer un capital  
 Transmettre un capital à mes héritiers ou à des tiers  
 Disposer de revenus complémentaires futurs (retraite)
- Utiliser le contrat comme un instrument de garantie  
 Autre (À préciser) \_\_\_\_\_

### 2.2. Horizon d'investissement

- 0 à 4 ans     4 à 8 ans     Plus de 8 ans

### 2.3. Origine des fonds affectés à l'opération

#### 2.3.1. Indiquer l'origine des fonds affectés à l'opération (\*)

Nature	Date	Montant affecté
<input type="checkbox"/> <b>Revenus</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> Revenu de l'activité		
<input type="checkbox"/> Revenu locatifs - fonciers		
<input type="checkbox"/> Prime ponctuelle / indemnités		
<input type="checkbox"/> Rente		
<input type="checkbox"/> <b>Épargne</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> Épargne (sur livret, PEA etc..)		_____ €
<input type="checkbox"/> Épargne salariale et d'entreprise		_____ €
<input type="checkbox"/> Capital de contrats/Indemnité d'assurance (rachat, terme, bénéficiaire, etc)		_____ €
Nom de(s) l'organisme(s) : _____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Héritage</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Donation</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Cession d'actifs</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> Mobiliers		_____ €
<input type="checkbox"/> Immobiliers		_____ €
<input type="checkbox"/> Professionnels (droits sociaux, fonds de commerce, d'entreprise ou de clientèle)		_____ €
<input type="checkbox"/> Autres (À préciser) _____		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Dividendes</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Remboursement de compte courant d'associé</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Gains au jeu</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Cessions d'œuvres d'art</b>		_____ €
<input type="checkbox"/> <b>Autre(s) (À préciser) _____</b>		_____ €
<b>Total</b>		_____ €

(\*) L'origine des fonds doit couvrir le montant total investi.

#### 2.3.2. Les fonds affectés à l'opération font-ils ou ont-ils fait l'objet d'une régularisation fiscale auprès des services fiscaux français ?

- Oui     Non

### 2.4. Moyen de paiement

2.4.1. Le mode de paiement :  Chèque     Virement     Prélèvement     Chèque de banque

2.4.2. La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Souscripteur ?  Oui     Non    du Co-Souscripteur ?  Oui     Non

#### 2.4.3. Si la réponse est Non, merci de compléter les champs ci-dessous :

Nature du tiers payeur de prime     Personne physique     Personne morale

Nom du tiers payeur de prime \_\_\_\_\_

Prénom du tiers payeur de prime \_\_\_\_\_

Motif de recours au tiers payeur de prime \_\_\_\_\_

Lien avec le tiers payeur de prime \_\_\_\_\_

Adresse du tiers payeur de prime \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

#### 2.4.4. L'instrument de paiement émane-t-il d'un établissement de crédit situé sur le territoire français ?

- Oui     Non

Pays de provenance des fonds \_\_\_\_\_

Motif de recours à cet établissement de crédit \_\_\_\_\_

Nom du Souscripteur _____	Date de naissance _____
Prénom du Souscripteur _____	Numéro de contrat _____

**Paraphe**





### 3. Engagement LCB-FT (Lutte Contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme)

#### Article 1 - Assujettissement de l'assureur aux obligations LCB-FT

Le Souscripteur déclare être pleinement informé(e) que les entreprises d'assurance et les intermédiaires d'assurance sont assujettis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article L561-2 du Code Monétaire et Financier et suivants et à ce titre sont tenus de recueillir les informations demandées dans le dossier client. Les données recueillies à l'occasion de l'application de ces articles donneront lieu à un droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

#### Article 2 - Complétude du dossier client

Tous les champs sont obligatoires, à défaut le dossier client ne pourra être accepté. En l'absence de communication des pièces demandées dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de signature du dossier client, les fonds seront restitués dans les mêmes modalités que le paiement initial.

#### Article 3 - Origine licite des fonds

Le Souscripteur certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des articles L561-15 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes. Le Souscripteur prend acte que l'Assureur pourra refuser ou suspendre des versements dont l'origine devra être précisée et lui demander à cet effet tout document justificatif.

#### Article 4 - Collecte de pièces justificatives sur l'origine des fonds

La liste des pièces justificatives sur l'origine des fonds est non exhaustive. Des documents pourront être demandés a posteriori. Pour les documents en langue étrangère, une traduction officielle devra être communiquée.

#### Article 5 - Déclaration fiscale des fonds

Le Souscripteur confirme que la prime est payée au moyen de fonds ayant fait l'objet de toutes les déclarations fiscales requises tant par les autorités fiscales compétentes de son pays de résidence que par toutes autres autorités fiscales.

Le Souscripteur déclare se conformer à toutes les obligations fiscales liées au contrat souscrit et aux transactions relatives.

#### Article 6 - Souscription avec un tiers payeur

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, en cas de payeur de prime différent du Souscripteur, les éléments d'identification du payeur de prime (pièce d'identité en cours de validité), son lien avec le Souscripteur ainsi que le motif de son intervention au contrat devront être communiqués à l'Assureur.

#### Article 7 - Changement de situation

Lors d'un changement de situation personnelle ou fiscale (adresse, patrimoine, profession...), de tout changement de situation fiscale, le Souscripteur s'engage à en informer l'assureur et à fournir l'ensemble des documents nécessaires.

#### Article 8 - En cas de renonciation

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'attention du souscripteur est appelée sur la nécessité d'indiquer par écrit à l'Assureur le motif de sa renonciation, celui-ci se réservant le droit de demander toutes informations et/ou tous documents qu'il juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations réglementaires.

#### Article 9 - En cas de rachat, dénouement du contrat ou d'avance

Afin de respecter les obligations légales mises à la charge des organismes réalisant des opérations financières, l'Assureur se réserve le droit à chaque fois qu'il l'estime nécessaire, de demander au Souscripteur ou au bénéficiaire acceptant une photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ainsi que le motif de l'opération.

#### Protection des données personnelles :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est Generali Vie.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime.

#### Dans les conditions prévues par la réglementation,

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Nom du Souscripteur _____	Date de naissance <input type="text"/>
Prénom du Souscripteur _____	Numéro de contrat _____

Paraphe



### 3. Engagement LCB-FT (Lutte Contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme)

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

**Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.**

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante Generali - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat ou le site [www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives](http://www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives).

Si le Souscripteur/l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Fait en un exemplaire original sur 7 pages à \_\_\_\_\_,

le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Signature du Souscripteur**  
 ou Signature du (des) représentant(s)

