

DEMANDE D'OPÉRATIONS CONTRAT UNEP MULTISELECTION PLUS

UNEP MULTISELECTION PLUS est un contrat d'assurance collective sur la vie souscrit par l'association UNEP et présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n°07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° d'adhésion | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Signature :

Demande d'opérations présentée par :

Nom et code du conseiller :

A NOTER

- La Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) se trouvant à la fin de la demande d'opérations, doivent être désormais complétés et joints uniquement pour les demandes de versements dès le 1er euro (parties 2 et 3).
- La partie 1 (Adhérent/Assuré) doit être intégralement complétée pour toute(s) demande(s) d'opération(s).

1 - ADHÉRENT / ASSURÉ

ADHÉRENT/ASSURÉ

M Mme Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable Téléphone domicile

E-mail Pays de résidence fiscale principale

Profession (si retraité, merci de préciser la dernière profession exercée)

Secteur d'activité

Revenus nets annuels du foyer fiscal Patrimoine global du foyer fiscal

CO-ADHÉRENT/CO-ASSURÉ (à remplir uniquement en cas de co-adhésion)

M Mme Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable Téléphone domicile

E-mail Pays de résidence fiscale principale

Profession (si retraité, merci de préciser la dernière profession exercée)

Secteur d'activité

Revenus nets annuels du foyer fiscal Patrimoine global du foyer fiscal

Dans la suite de la demande, les termes "adhérent" "assuré", "je", "vous" utilisés désignent les co-adhérents/co-assurés. En cas de co-adhésion, toutes les demandes d'opérations à effectuer sur l'adhésion/le contrat devront donc être signées par les deux co-adhérents.

CONTRAT CONCERNÉ

UNEP Multisélection plus (Référence) UNEP Multisélection plus (Intégrale)

OPÉRATION(S) CONCERNÉE(S) merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s)

- Demande de versement libre - Points 2 et 4
- Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de versements programmés - Points 3 et 4
- Demande d'arbitrage - Point 5
- Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages - Point 6
- Demande de changement de type de gestion - Point 7
- Demande de rachat partiel ou total - Point 8
- Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt des rachats partiels programmés - Point 9

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) qui se trouvent à la fin du document.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

- Au sein de la Gestion à Horizon** : l'investissement sera réparti selon la grille de gestion à horizon en vigueur
- Au sein de la Gestion Libre**

■ **Veillez indiquer ci-dessous la répartition par support :**

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant en EUR (frais compris) Minimum 100 EUR par support
..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris - minimum 1 200 EUR)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent /assuré devra indiquer dans une lettre datée et signée jointe à la présente demande de versement le détail de la répartition souhaitée.

* Le montant affecté au support OPCV est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires (voir modalités dans votre Notice d'Information).

- Au sein de la Gestion Assistée**

■ **Veillez indiquer ci-dessous la répartition :**

REPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Option délégation de gestion (minimum 25 000 EUR)	..... EUR
Option SCPI (Minimum 100 EUR)	..... EUR
Option Support Euros (Minimum 100 EUR)	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris - minimum 1 200 EUR)	..... EUR

Veillez compléter la rubrique « modalités de paiement des versements » qui se trouve en point 4.

3 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) qui se trouvent à la fin du document.

Les versements programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, sur les supports SCI, SCPI et dans le cadre de la gestion assistée.

Je demande la mise en place de versements programmés d'un montant de :EUR
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)
Soit en lettres :

Au sein de la Gestion à Horizon

L'investissement sera réparti selon la grille de gestion à horizon en vigueur (uniquement pour les contrats UNEP Multiselection Plus).

Au sein de la Gestion Libre

Dont frais sur versements : % (5% Maximum)

Périodicité des prélèvements [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date du 1^{er} versement programmé [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1^{er} au 28^{ème} jour du mois)

Je demande la modification de mes versements programmés d'un montant de :EUR
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)
Soit en lettres :

Au sein de la Gestion à Horizon

L'investissement sera réparti selon la grille de gestion à horizon en vigueur (uniquement pour les contrats UNEP Multiselection Plus).

Au sein de la Gestion Libre

Dont frais sur versements : % (5% Maximum)

Périodicité des prélèvements [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date d'effet de la modification [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1^{er} au 28^{ème} jour du mois)

■ En cas de Gestion Libre, veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant en EUR (frais compris) Minimum 100 EUR par support
..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent /assuré devra indiquer dans une lettre datée et signée jointe à la présente demande d'opérations le détail de la répartition souhaitée.

*La partie de vos versements affectée au support OPCV est d'abord investie sur le support d'attente d'investissement de référence exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Veuillez compléter la rubrique « modalités de paiement des versements » qui se trouve en point 4.

Je demande l'arrêt de mes versements programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) :

4 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

À compléter pour toute demande de versement (partie 2 et/ou partie 3).

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.

Chèque n° tiré sur la banque
à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours ouvrés avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CRÉANCIER

Nom créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

L'adhérent autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits de l'adhérent concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat d'adhésion.

Compte à débiter :

BIC | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE PROGRAMMES D'ARBITRAGES

Les programmes d'arbitrages sont accessibles dans le cadre de la Gestion Libre uniquement. Se référer à la Notice d'Information paragraphe « Les programmes d'arbitrages » pour consulter les modalités de ces programmes.

Les programmes d'arbitrages ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCV et SCPI.

Attention : Si les programmes d'arbitrages sont mis en place à l'adhésion ou dans les 30 jours suivant la date d'effet de votre contrat, ils débutent après un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat. Ce délai sera majoré de 2 jours ouvrés pour les programmes de sécurisation des gains, de dynamisation du rendement et d'investissement progressif.

Mise en place

Modification

Les services d'arbitrages programmés peuvent être interrompus à tout moment (se référer à la Notice d'Information).

Frais d'arbitrage : 0,50% des sommes arbitrées

Investissement progressif	Dynamisation du rendement	Code ISIN et libellés des supports visés par le programme d'arbitrage	Sécurisation des gains	Allocation constante	Limitation des pertes
Montant global : € Périodicité des arbitrages : <input type="checkbox"/> mensuel pendant 12 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par mois pendant 6 mois <input type="checkbox"/> hebdomadaire pendant 3 mois <input type="checkbox"/> Du support Sécurité en euros, <input type="checkbox"/> ou du support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires vers le(s) support(s) :			Vers le support Sécurité en euros Seuil de gain déclenchant l'arbitrage (+5 % min)	Exclusif des autres programmes Répartition totale : 100%	Vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires Seuil de perte déclenchant l'arbitrage (-5% min)
..... % %	+ % %	- %
..... % %	+ % %	- %
..... % %	+ % %	- %
..... % %	+ % %	- %
..... % %	+ % %	- %

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent/assuré devra indiquer dans une lettre datée et signée, jointe à la présente demande, le détail de la répartition souhaitée.

Investissement progressif : minimum sur la garantie exprimée en euros ou sur le support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires à la mise en place : 7 500 EUR. Le montant choisi, investi initialement sur la garantie exprimée en euros, est arbitré vers les supports choisis en 12 échéances quelle que soit la périodicité retenue.

Dynamisation du rendement : minimum sur la garantie exprimée en euros à la mise en place : 1 200 EUR. Le rendement annuel de la garantie exprimée en euros est arbitré annuellement selon la répartition choisie.

Sécurisation des gains : minimum par support à la mise en place : 1 200 EUR. Les gains constatés sur les supports choisis seront arbitrés vers la garantie exprimée en euros lorsqu'ils auront atteint le seuil fixé.

Allocation constante : minimum à la mise en place : 1 200 EUR, montant minimum arbitré : 200 EUR, réallocation trimestrielle. Ce service permet de réajuster trimestriellement votre capital en fonction de la répartition décidée lors de la mise en place du programme. Ce programme est exclusif des autres types de programmes d'arbitrages et concerne l'ensemble de l'adhésion.

Limitation des pertes : minimum par support à la mise en place : 1 200 EUR. Les supports choisis seront intégralement arbitrés vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires si le seuil de pertes fixé est atteint.

Arrêt du/des programmes d'arbitrages à compter du (JJ/MM/AAAA) :

Investissement progressif

Dynamisation du rendement

Sécurisation des gains

Allocation constante

Limitation des pertes

7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION

Se référer au projet de contrat valant Notice d'information, en particulier le paragraphe « changement de gestion » pour consulter les modalités de changement de gestion.

En dehors des frais d'arbitrage, le changement de type de gestion n'entraîne pas de frais supplémentaires.

Cocher la case correspondante à la modification souhaitée :

Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Assistée à la Gestion à Horizon

La Gestion à Horizon est exclusive des deux autres types de gestion. L'investissement est réparti selon la grille d'allocation de la Gestion à Horizon en vigueur. Horizon de placement choisi : ans (minimum conseillé : 8 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion).

Passage de la Gestion à Horizon à la Gestion Libre

A compter de la prise d'effet du changement du type de gestion, la répartition de votre capital ne sera donc plus arbitrée automatiquement par ORADEA VIE suivant la grille d'allocation du capital en vigueur.

Veillez indiquer, ci-dessous, la répartition par supports :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....
.....
.....
.....
		100%

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent/assuré devra indiquer dans une lettre datée et signée, jointe à la présente demande, le détail de la répartition souhaitée.

* Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion à Horizon à la Gestion Assistée

Veillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Option délégation de gestion (minimum 25 000 EUR)	..... EUR
Option SCPI (Minimum 100 EUR)	..... EUR
Option Support Euros (Minimum 100 EUR)	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris - minimum 1 200 EUR)	..... EUR

Passage de la Gestion Assistée à la Gestion Libre

Il prendra effet au maximum dans les deux jours ouvrés qui suivent la réception de la demande par ORADEA VIE. **A compter de la prise d'effet du changement de type de gestion, la répartition de votre capital ne sera plus arbitrée selon le mandat d'arbitrage.**

Veillez indiquer, ci-dessous, la répartition par supports :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....
.....
.....
.....
		100%

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent/assuré devra indiquer dans une lettre datée et signée, jointe à la présente demande, le détail de la répartition souhaitée.

* Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

10 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

L'adhérent déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'opérations en cas de demande de versement libre, de demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de versements programmés, de demande d'arbitrage, de demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages, de changement de type de gestion, **l'annexe/avenant concernant le support OPCI choisi** ainsi que le Document d'Information-Clé pour l'Investisseur pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

En cas de demande de rachat partiel ou total, de demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de rachats partiels programmés, pour les supports en unités de compte, le montant effectivement réglé sera calculé sur la base du nombre d'unités de compte désinvesties à la date d'effet de l'opération et valorisé selon les dispositions de la Notice d'Information.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES :

Les informations à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la demande d'opérations. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion, de prospection, d'animation commerciale, de réalisation d'études statistiques et patrimoniales et de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, courtiers et assureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont la législation en matière de protection des données personnelles n'est pas reconnue comme adéquate par l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection des données personnelles de l'adhérent. L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relative aux données à caractère personnel le concernant. Il peut également s'opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès du conseiller ayant recueilli ces informations. L'adhérent dispose également d'un droit d'opposition à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale qu'il peut faire valoir à tout moment.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : l'adhérent dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique selon les modalités décrites sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier, à l'adresse suivante : Société Opposetel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes, dès lors qu'il ne souhaite plus être démarché téléphoniquement par un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle en cours.

Fait en quatre exemplaires à, le

Signature de l'adhérent/assuré

Signature du co-adhérent/co-assuré

**Imprimer uniquement les pages complétées et concernées par la (les) demande(s).
Les pages 1 et 10 sont à compléter et à joindre obligatoirement pour toute demande d'opération.**

FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RÉSIDENCE FISCALE PERSONNE PHYSIQUE

RÉGLEMENTATIONS FATCA/CRS (Substitut au formulaire W8-Ben)

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Merci de lire les mentions ci-dessous avant de compléter ce formulaire :

La réglementation fiscale exige qu'ORADEA VIE recueille et déclare certaines informations sur la résidence fiscale du titulaire de compte. Le terme « réglementation fiscale » fait référence aux réglementations qui permettent l'échange automatique d'informations incluant la réglementation américaine « Foreign Account Tax Compliance Act ('FATCA') » et la norme OCDE d'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers dite « Common Reporting Standard » ('CRS').

Afin de permettre à ORADEA VIE de se conformer à ses obligations de déclaration aux autorités fiscales compétentes, vous devez indiquer la résidence fiscale de la personne ou des personnes identifiée(s) comme titulaire(s) du contrat.

IMPORTANT

Le formulaire d'auto-certification Fatca/CRS est obligatoire pour tout versement et changement de circonstances modifiant le précédent statut de l'Adhérent/Souscripteur au regard de Fatca/CRS (l'information doit être communiquée à l'assureur dans un délai de 90 jours suivant ce changement de circonstances).

En cas de pluralité des Adhérents/Souscripteurs ou des représentants légaux, chaque Co-Adhérent/Co-Souscripteur ou représentant légal doit compléter un formulaire.

ORADEA VIE n'est pas habilitée à remplir ce document pour votre compte. Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire ou comment déterminer votre résidence fiscale, nous vous invitons à consulter votre conseiller.

SECTION 1 - IDENTIFICATION DU CLIENT (Identité de l'Adhérent/Souscripteur/Payeur de prime)

Adhérent/Souscripteur

Civilité Mme M

Nom _____

Nom de naissance (si différent) _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Représentant légal ou Co-adhérent/Co-souscripteur ou le payeur de prime (s'il est différent du souscripteur)

Civilité Mme M

Nom _____

Nom de naissance (si différent) _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

SECTION 2 - PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE

Auto-certification FATCA

Je déclare (cocher les cases correspondant à votre situation) :

être citoyen (nationalité unique ou double) ou résident des États-Unis (vous avez possédé ou possédez un permis de séjour américain « green card ») (**merci de compléter le formulaire W9**).

répondre aux autres critères de définition du statut de « US Person » à savoir :

un lieu de naissance aux États-Unis ;

une adresse postale aux États-Unis y compris en boîte postale US ou une adresse « à l'attention de » aux États-Unis ; un numéro de téléphone aux États-Unis,

un ordre de virement permanent vers un compte maintenu aux États-Unis,

une procuration au profit d'une personne ayant son domicile aux États-Unis.

(**merci de joindre une pièce d'identité non US, et le cas échéant le certificat de perte de nationalité US**).

Je déclare, le cas échéant :

Être résident fiscal français ou résident fiscal d'un Etat autre que les États-Unis et ne pas répondre aux critères de définition du statut de « US Person ».

Je m'engage à informer immédiatement ORADEA VIE de tout événement en lien avec mon statut au sens de la réglementation Fatca dans un délai de 90 jours.

Auto-certification CRS

La résidence fiscale principale du Souscripteur/Adhérent est la suivante (Merci de nommer le pays) : _____

Le pays de résidence fiscale fournit-il un NIF (Numéro d'Identification Fiscale) à ses résidents ? OUI NON

Si OUI Je certifie que le NIF du titulaire de compte est le suivant _____

Je ne suis pas en mesure de fournir un NIF (Merci de cocher la case le cas échéant)

Préciser le motif _____

Confirmation de l'unicité de la résidence fiscale

Je certifie que je ne suis pas (ou que l'Adhérent/Souscripteur n'est pas) résident fiscal d'un autre pays que celui cité précédemment.
 Si vous avez d'autres résidences fiscales, merci de compléter la **SECTION 3**.

SECTION 3 - AUTRES PAYS DE RÉSIDENCE (SI APPLICABLE)

Je certifie qu'en plus du pays mentionné précédemment en tant que résidence fiscale principale, l'adhérent/ souscripteur ou le payeur de prime est résident fiscal dans les pays suivants :

Pays : _____ NIF : _____ ou NIF Indisponible :
Pays : _____ NIF : _____ ou NIF Indisponible :
Pays : _____ NIF : _____ ou NIF Indisponible :
Pays : _____ NIF : _____ ou NIF Indisponible :

Merci de préciser la raison pour laquelle le(s) NIF(s) est (sont) indisponible(s) : _____

ATTESTATIONS ET SIGNATURES

CLIENT

Autorisations et engagements

■ Je reconnais et accepte que, conformément à l'article 1649 AC du CGI⁽¹⁾, toute information contenue dans cette auto-certification et tous documents destinés à déterminer mon statut fiscal, ainsi que toute information relative à mes contrats, présents et futurs y compris leur valeur de rachat et les opérations enregistrées sur ces derniers, soit transmise (i) à toute autorité à laquelle ORADEA VIE est tenue de communiquer des informations, (ii) à toute entité à laquelle ORADEA VIE confie ses obligations de déclaration, y compris à Société Générale (iii) à toutes autres parties selon ce que ORADEA VIE peut estimer nécessaire pour se conformer à la réglementation applicable ou pour éviter toute violation potentielle de cette réglementation.

Déclaration et signature

■ Je reconnais avoir reçu une copie du présent formulaire.
■ Je certifie sur l'honneur que les éléments relatifs à la détermination de ma (mes) résidence(s) fiscale(s) sont exacts et conformes à la réalité.
■ Je m'engage à informer sans délai l'intermédiaire d'assurance ou l'assureur de tout changement de circonstances pouvant modifier mes informations fiscales, et le cas échéant à fournir les justificatifs appropriés et une nouvelle auto-certification dans un délai de 90 jours.

Protection des données personnelles

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du présent formulaire sont obligatoires pour l'établissement et la qualification de votre statut fiscal conformément aux réglementations applicables. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion et notamment la sélection des risques, la prévention des incidents et fraudes, la connaissance du client et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données personnelles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées à la Société Générale, ainsi qu'aux autorités compétentes de type autorités fiscales. Certains de ces destinataires peuvent être, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont les législations en matière de protection des données diffèrent de celles de l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données personnelles vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès d'ORADEA VIE ou du conseiller ayant recueilli ces informations.

Je certifie que la personne nommée en SECTION 1 de ce formulaire :

- Est une « Personne US déterminée (Specified US Person) » **Si vous êtes une « Personne US déterminée (Specified US Person) »** au sens de la définition de l'IRS (administration fiscale américaine), vous devez également compléter et fournir le formulaire W-9 de l'IRS.
 N'est pas une « Personne US déterminée (Non Specified US Person) ».

Si vous n'êtes pas l'Adhérent/Souscripteur du contrat, merci d'indiquer en quelle qualité (représentant légal, tuteur, curateur, avocat,...), vous signez la présente auto-certification.

Si vous signez en vertu d'une procuration, merci de joindre une copie de la procuration.

Qualité : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé », de l'Adhérent/Souscripteur ou de son représentant légal » :

INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE AYANT PRÉSENTÉ L'OPÉRATION

■ Je m'engage à porter à la connaissance d'ORADEA VIE, tout changement de situation du client (adresse, résidence fiscale, profession, situation économique...).

■ Je certifie que l'ensemble des informations apportées dans cette fiche sont en cohérence avec ma connaissance actualisée du client. Je m'engage à faire signer une nouvelle auto certification dès la connaissance d'un changement de circonstance.

Fait à : _____ le : _____

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé », de l'intermédiaire d'assurance » :

NB : Le Client et l'Intermédiaire d'assurance conservent chacun une copie de la présente fiche. L'original doit être envoyé à ORADEA VIE (42 Boulevard Alexandre Martin 45057 ORLEANS cedex 1).

(1) ART. 1649 AC du Code Général des Impôts : Les teneurs de compte, les organismes d'assurance et assimilés et toute autre institution financière mentionnent, sur une déclaration déposée dans des conditions et délais fixés par décret, les informations requises pour l'application des conventions conclues par la France permettant un échange automatique d'informations à des fins fiscales. Ces informations peuvent notamment concerner tout revenu de capitaux mobiliers ainsi que les soldes des comptes et la valeur de rachat des bons ou contrats de capitalisation et placements de même nature. Afin de satisfaire aux obligations mentionnées au premier alinéa, ils mettent en oeuvre, y compris au moyen de traitements de données à caractère personnel, les diligences nécessaires en matière d'identification et de déclaration des comptes, des paiements et des personnes.

FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES - PERSONNE PHYSIQUE

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RÉSIDENCE FISCALE - RÉGLEMENTATIONS FATCA / CRS

Cette fiche doit obligatoirement être signée par le client **pour chaque opération d'investissement (adhésion/souscription, versement) dès le 1^{er} euro**. En cas d'adhésion/souscription conjointe, chacun des co-adhérents/co-souscripteurs complète et signe la présente fiche. En cas de pluralité de représentants légaux pour les personnes mineures et incapables majeurs, merci de renseigner et signer autant de fiche d'informations complémentaires.

IMPORTANT

L'opération sera validée uniquement à réception d'un justificatif probant pour :

- Toute opération réalisée par une personne sensible⁽¹⁾ dès le 1^{er} euro,
- Toute souscription ou versement (unitaire ou cumulés sur 12 mois) supérieur ou égal à 50 000 €.

A noter :

- Tous les champs relatifs à la partie IDENTIFICATION doivent être obligatoirement complétés (à défaut, le dossier sera considéré comme incomplet),
- Le motif de destination des fonds doit être indiqué pour les renonciations et octroi d'avances.

SECTION I - IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

Nom et code de l'Intermédiaire d'assurance ayant présenté l'opération : _____

N° ORIAS : _____

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération : _____

N° de la demande d'Adhésion/Souscription (hors nouvelle adhésion/souscription) : _____

SECTION II - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

JUSTIFICATIF(S) D'IDENTITÉ A PRÉSENTER AU CONSEILLER (copie(s) recto/verso à joindre à la fiche)

- Pièce d'identité de l'Adhérent/Souscripteur en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour),
- Pièce d'identité en cours de validité du représentant légal si l'Adhérent/Souscripteur est une personne mineure ou protégée.

ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

Identification

Civilité Mme M

Nom _____

Nom de naissance (si différent) _____

Prénom(s) _____

Né(e) le _____

Pays de Naissance _____

Nationalité _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays de résidence physique _____

Pays de résidence fiscale _____

Situation familiale

Célibataire Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Situation familiale

Communauté universelle Séparation de biens
 Communauté réduite aux acquêts Participation aux acquêts

REPRÉSENTANT LÉgal OU CO-ADHÉRENT/CO-SOUSCRIPTEUR OU LE PAYEUR DE PRIME (S'IL EST DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Lien avec le souscripteur _____

Identification

Civilité Mme M

Nom _____

Nom de naissance (si différent) _____

Prénom(s) _____

Né(e) le _____

Pays de Naissance _____

Nationalité _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays de résidence physique _____

Pays de résidence fiscale _____

Situation familiale

Célibataire Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Situation familiale

Communauté universelle Séparation de biens
 Communauté réduite aux acquêts Participation aux acquêts

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées, les personnes résidant dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI ainsi que les personnes qui souhaitent verser des fonds en provenance de l'étranger ou appartenant à un tiers.

ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

Situation professionnelle

En activité

Profession _____

Secteur d'activité _____

Catégorie socioprofessionnelle (cf. Annexe) _____

Retraite / Chômage depuis le _____

Ancienne profession _____

Secteur d'activité _____

Sans profession (préciser la source des revenus du foyer fiscal)

Situation patrimoniale

Revenus nets annuels du foyer fiscal _____ €

Patrimoine global du foyer fiscal _____ €

Objectifs patrimoniaux du placement en assurance vie

(plusieurs réponses possibles)

- Valoriser un capital
- Transmettre un capital en cas de décès
- Préparer sa retraite
- Financer un projet sur du long terme
- Utiliser un contrat comme instrument de garantie
- Disposer de revenus complémentaires immédiats
- En cas de coup dur

**REPRÉSENTANT LÉGAL OU CO-ADHÉRENT/CO-SOUSCRIPTEUR
OU LE PAYEUR DE PRIME (S'IL EST DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)**

Situation professionnelle

En activité

Profession _____

Secteur d'activité _____

Catégorie socioprofessionnelle (cf. Annexe) _____

Retraite / Chômage depuis le _____

Ancienne profession _____

Secteur d'activité _____

Sans profession (préciser la source des revenus du foyer fiscal)

Situation patrimoniale

Revenus nets annuels du foyer fiscal _____ €

Patrimoine global du foyer fiscal _____ €

Objectifs patrimoniaux du placement en assurance vie

(plusieurs réponses possibles)

- Valoriser un capital
- Transmettre un capital en cas de décès
- Préparer sa retraite
- Financer un projet sur du long terme
- Utiliser un contrat comme instrument de garantie
- Disposer de revenus complémentaires immédiats
- En cas de coup dur

SECTION III - INFORMATIONS SUR L'OPÉRATION

Opération

Type de l'opération

- Adhésion / Souscription
- Versement complémentaire
- Versements programmés
- Renonciation
- Octroi d'avance
- Remboursement d'avance

Montant de l'opération

En chiffres _____ €

En lettres _____ €

Moyen de paiement Chèque Prélèvement Virement en date du _____

Localisation de la banque émettrice France Autre (à préciser) _____

Destination des fonds, à compléter obligatoirement en cas d'avances et de renonciations : _____

SECTION IV - ORIGINE DU VERSEMENT / JUSTIFICATIFS A JOINDRE (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

Merci de cocher la ou les cases correspondantes dans le tableau ci-dessous pour toute opération et ce dès le 1er euro et de joindre les pièces justificatives dans les cas suivants :

- Adhésion/Souscription - Versement supérieur ou égal à 50 K€ (y compris les versements cumulés sur 12 mois) ;
- Adhésion/Souscription - Versement dès le premier € pour les personnes sensibles⁽¹⁾

A noter : Le montant de l'opération doit correspondre en totalité à la ou les cases cochée(s).

Provenance des fonds	Justificatifs probants d'origine des fonds	Informations devant apparaître sur le justificatif
<input type="checkbox"/> Revenus (salaires, revenus professionnels, revenus du patrimoine privé)	- Relevé de compte sur lequel figurent les revenus du client OU - Bulletin de salaire.	- Montant des revenus
<input type="checkbox"/> Épargne/Placements	- Décompte de l'opération OU - Relevé bancaire en cas de transfert de compte	- Nature - Montant (correspondant au montant à justifier) - Date de transfert des fonds
<input type="checkbox"/> Prime exceptionnelle	- Bulletin de salaire OU - Relevé bancaire sur lequel figure la prime perçue	- Date et montant du versement de la prime
<input type="checkbox"/> Succession / Héritage	- Acte notarié de la succession OU - Attestation du notaire ET - Relevé bancaire ou chèque notarié.	- Date et montant de succession
<input type="checkbox"/> Donation	- Acte de donation ET - Déclaration 2735 de don manuel (visé par le Trésor Public) OU - Imprimé CERFA 11278*04 (visé par le Trésor Public)	- Nom du donateur - Lien avec le souscripteur - Date de la donation - Montant (correspondant au montant à justifier)
<input type="checkbox"/> Vente d'un bien immobilier	- Acte de vente signé par les intervenants OU - Attestation du notaire ET - Virement de SCP/ Chèque de notaire	- Date de la vente - Objet de la vente - Prix de la vente Attention : Si la vente date de plus de six mois, un relevé de compte doit être fourni permettant de constater que les fonds sont restés sur un compte bancaire.
<input type="checkbox"/> Vente de biens mobiliers (participation, fonds de commerce, parts ou actions de la société, œuvres d'arts...etc.)	- Acte de vente ou du protocole de cession OU - Attestation du notaire / Attestation d'avocat conseil certifiant la vente, son prix et le montant.	- Date de la vente - Objet de la vente - Prix de la vente Attention : Si la vente date de plus de six mois, un relevé de compte doit être fourni permettant de constater que les fonds sont restés sur un compte bancaire.
<input type="checkbox"/> Gain au jeu	- Copie du Chèque de la Française des Jeux ou du PMU (lettre adressée au gagnant)	- Date - Montant
<input type="checkbox"/> Contrat d'assurance vie	- Lettre de la compagnie confirmant le paiement	- La date de placement - Le montant - Nom de la compagnie
<input type="checkbox"/> Indemnité d'assurance / Dommages-intérêts	- Copie du chèque de la Compagnie d'assurance ou de la CARPA	- Date - Montant
<input type="checkbox"/> Distribution de dividendes	- Relevé bancaire ET - Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération OU - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération	- La date - Le montant - L'opération
<input type="checkbox"/> Remboursement de compte courant d'associés	- Attestation de l'expert comptable certifiant l'opération ET - Relevé bancaire	- La date - Le montant - L'opération
<input type="checkbox"/> Autres cas	- Fournir un justificatif probant.	

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées, les personnes résidant dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI ainsi que les personnes qui souhaitent verser des fonds en provenance de l'étranger ou appartenant à un tiers.

SECTION V - ATTESTATIONS ET SIGNATURES

CLIENT

- Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans la présente Fiche d'Informations Complémentaires.
- Je certifie que les sommes versées au titre de cette opération n'ont pas d'origine délictueuse au sens des lois et règlements relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
- Je reconnais avoir reçu une copie de la présente Fiche d'Informations Complémentaires.
- **Protection des données personnelles** : Les informations personnelles recueillies dans le cadre du présent formulaire sont obligatoires pour l'établissement et la qualification de votre statut fiscal conformément aux réglementations applicables. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion et notamment la sélection des risques, la prévention des incidents et fraudes, la connaissance du client et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données personnelles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi qu'aux autorités compétentes de type autorités fiscales. Certains de ces destinataires peuvent être, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont les législations en matière de protection des données diffèrent de celles de l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données personnelles vous concernant.
Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès d'ORADEA VIE ou du conseiller ayant recueilli ces informations.

Si vous n'êtes pas l'adhérent / souscripteur du contrat, merci d'indiquer en quelle qualité (représentant légal, tuteur, curateur, avocat,...), vous signez la présente fiche d'Informations Complémentaires. Si vous signez en vertu d'une procuration, merci de joindre une copie de la procuration.

Qualité : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature, précédée de la mention « *Lu et approuvé* », de l'Adhérent/Souscripteur ou de son représentant légal » :

INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE AYANT PRÉSENTÉ L'OPÉRATION

- J'atteste avoir identifié physiquement le client pour cette opération ou le cas échéant, j'atteste avoir appliqué l'une des mesures de vigilance suivantes (merci de cocher la case correspondante) :
 - Le premier versement est effectué en provenance d'un compte ouvert au nom du client auprès d'un établissement situé dans un Etat membre de l'Union Européenne,
 - Le client a fourni un justificatif d'identité supplémentaire à son nom (CNI, Passeport, Carte de séjour, Permis de conduire),
 - La copie de la pièce d'identité du client a été vérifiée ou certifiée par un tiers indépendant (Avocat, Notaire, Consulat, Ambassade, Commissariat),
 - Une attestation de confirmation de l'identité du client a été vérifiée par une banque établie dans un pays membre d'UE ou de l'Espace Économique Européen.
- J'estime que les informations portées à ma connaissance ne laissent pas supposer que les sommes faisant l'objet de la présente Fiche d'Informations Complémentaires pourraient avoir une origine délictueuse au sens des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, 324-1 et suivants du Code pénal, 421-2-2 et suivants du Code pénal et 415 du Code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.
- J'atteste que l'opération est en cohérence avec la situation patrimoniale et financière du Client.
- Je m'engage à porter à la connaissance d'ORADEA VIE, tout changement de situation du client (adresse, résidence fiscale, profession, situation économique...).

Fait à : _____ le : _____

Signature de l'intermédiaire d'assurance :

ANNEXE

LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DE NIVEAU 3 (SOURCE INSEE) :

- | | |
|---|---|
| 11 Agriculteurs sur petite exploitation | 55 Employés de commerce |
| 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation | 56 Personnels des services directs aux particuliers |
| 13 Agriculteurs sur grande exploitation | 62 Ouvriers qualifiés de type industriel |
| 21 Artisans | 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal |
| 22 Commerçants et assimilés | 64 Chauffeurs |
| 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus | 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport |
| 31 Professions libérales | 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel |
| 33 Cadres de la fonction publique | 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal |
| 34 Professeurs, professions scientifiques | 69 Ouvriers agricoles |
| 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles | 71 Anciens agriculteurs exploitants |
| 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise | 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise |
| 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise | 74 Anciens cadres |
| 42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés | 75 Anciennes professions intermédiaires |
| 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social | 77 Anciens employés |
| 44 Clergé, religieux | 78 Anciens ouvriers |
| 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique | 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé |
| 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises | 83 Militaires du contingent |
| 47 Techniciens | 84 Élèves, étudiants |
| 48 Contremaîtres, agents de maîtrise | 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) |
| 52 Employés civils et agents de service de la fonction publique | 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités) |
| 53 Policiers et militaires | |
| 54 Employés administratifs d'entreprise | |