

## DEMANDE D'ADHÉSION

Octobre 2019

---



# ORADEA VIE

GRUPE SOCIETE GENERALE

Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation  
au capital de 26 704 256 EUR  
Entreprise régie par le code des assurances -  
RCS Nanterre 430 435 669 -  
Siège social : 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex

# PRIMONIAL ASSURANCE

Siège social : 8 rue du Général Foy - 75008 Paris  
Téléphone : 01 44 21 71 23 - www.primonial.fr  
Adresse postale : 6-8 rue du Général Foy - CS 90130  
75380 Paris Cedex 8

Code client Primonial : | | | | | | | | | |

## DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT TARGET +

Contrat d'assurance collective sur la vie en euros et en unités de compte souscrit par l'association LE COLLEGE DU PATRIMOINE auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest- 75436 Paris Cedex 09

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° d'adhésion | | | | | | | | | |

### MODALITÉS D'ADHESION

☐ ADHESION SIMPLE ☐ CO-ADHESION

### ADHÉRENT / ASSURÉ

#### ADHÉRENT

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

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

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

### DÉCLARATION DES CO-ADHÉRENTS / CO-ASSURÉS

Partie à signer uniquement en cas de co-adhésion [cocher la case correspondant au dénouement choisi ci-dessous]

Les co-adhérents attestent par la présente, dans le cadre de la co-adhésion au contrat d'assurance sur la vie TARGET + :

- que les capitaux devant être utilisés proviennent du remploi de cession de biens communs et/ou appartiennent eux-mêmes à la communauté telle que définie par le régime matrimonial ; que ces biens n'ont pu en aucune manière avoir été financés, à une date quelconque, par emploi ou remploi de deniers propres.
- opter pour un dénouement : ☐ au premier décès ☐ au second décès

Signature des co-adhérents :

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

### DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE

- En cas de vie de l'assuré, des co-adhérents/co-assurés : L'adhérent/assuré, Les co-adhérents/co-assurés
- En cas de décès de l'assuré : (cocher la clause souhaitée)

#### EN CAS D'ADHESION SIMPLE :

##### ☐ CLAUSES TYPES :

- ☐ Mon conjoint marié non séparé de corps/partenaire de PACS, à défaut mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.
- ☐ Mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

##### ☐ CLAUSE LIBRE :

La ou les personne(s) suivante(s) (Indiquer nom, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, date et lieu de naissance, adresse) :

.....  
.....  
..... à défaut mes héritiers.



C - <u>Supports SCPI et OPCI</u> (quel que soit le montant investi) et investissement supérieur à 200 000 EUR pour les autres supports → <b>PASSAGE PAR UN SUPPORT MONETAIRE PENDANT 30 JOURS</b>		EUR
Répartition à l'issue des 30 jours* (en %) :		
Supports SCPI et OPCI** (quel que soit le montant investi)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Autres supports en unités de compte (au-delà de 200 000 EUR)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Total de la répartition		100 %
<b>TOTAL DU VERSEMENT (BRUT DE FRAIS)</b> (supports en euros et supports en unités de compte) (A+B+C)		<b>EUR</b>

\* Répartition par un arbitrage automatique et sans frais du support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires à l'issue du délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat selon la répartition indiquée.

\*\* La partie de votre versement affectée au support OPCI est d'abord investie sur le support d'attente d'investissement de référence. Ce support est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

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'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

Passé un délai de 30 jours, à compter de la date d'effet de votre contrat, vous pourrez arbitrer tout ou partie de votre capital vers les supports autorisés par le contrat. La répartition entre les différents supports du contrat devra être précisée à chaque versement ou lors de chaque arbitrage.

#### Règle particulière aux versements sur les supports SCPI et OPCI :

La partie de vos versements affectée à ces supports lors de votre adhésion et pendant 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat est d'abord investie sur le support de référence. Ce support de référence est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires ; il est indiqué dans l'annexe financière à la Notice d'Information qui vous a été remise. A la fin de cette période, c'est-à-dire le premier jour ouvré qui suit l'expiration de ce délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat :

- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le(s) support(s) SCPI est arbitrée, sans frais, sur le(s) support(s) SCPI concerné(s). L'investissement sur le support SCPI aura lieu une fois par semaine ; le jour d'investissement est précisé dans l'annexe à votre Notice d'Information propre à ce support SCPI.
- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le support OPCI est arbitrée, sans frais, sur le support d'attente d'investissement du support OPCI. Ce support d'attente est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires. Le capital constitué sur le support d'attente est ensuite arbitré, sans frais, vers le support OPCI à la date de la première valeur liquidative établie par la société de gestion du support OPCI à compter du deuxième jour ouvré qui suit la date d'effet de l'entrée sur ledit support d'attente d'investissement.

(Voir les modalités précises dans la Notice d'Information et les annexes afférentes qui vous ont été remises).

#### ■ Origine des fonds et objet de l'opération

##### • Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

##### • Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION (SUITE)

### Frais du contrat :

- Frais de gestion annuels maximum : Support Sécurité Target Euro, support Euro Tremplin et le support Euro Classique : 0,80% - Support en unités de compte : 0,98%
- Frais d'arbitrage : 1%

A ce taux s'ajoute 0,50% pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

### Versements programmés :

D'un montant brut de ..... EUR (Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1 200 EUR/an)

Soit en lettres .....

Frais sur versements programmés : .....EUR soit ..... % (4% maximum)

Périodicité du prélèvement |.....|

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

Date souhaitée du 1<sup>er</sup> versement programmé |.....|

(du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour du mois) (minimum 30 jours après la date d'effet du contrat)

- Répartition des versements programmés à l'adhésion : chaque versement doit respecter un minimum de 40% en unités de compte

Code ISIN et Libellés des supports choisis	Versements programmés Montant en EUR (frais compris) Minimum 75 EUR par support
Sécurité Target Euro *	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (bruts de frais)	EUR

\*Tout investissement par versement sur le support Sécurité Target Euro donnera lieu à un investissement préalable sur le support Euro Tremplin jusqu'à la fin de l'année calendaire d'investissement. Un arbitrage du capital constitué sur ce support vers le support Sécurité Target Euro sera effectué gratuitement en date d'effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### Origine des fonds et objet de l'opération

#### Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

#### Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale

## MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

- ☐
- Prélèvement (joindre le RIB/BIC IBAN)

Date de prélèvement : ..... (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 5 jours ouvrés avant cette date).

## MANDAT RECURRENT DE PRELEVEMENT SEPA

CREANCIER

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) : Communiquée ultérieurement dans le certificat d'adhésion.

**Compte à débiter :**

BIC | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

IBAN | 

- ☐ Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement initial

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

## INFORMATION / DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

L'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire du Document d'Informations Clés du contrat TARGET+ et avoir disposé d'un délai suffisant pour lui permettre d'examiner ce document préalablement à l'adhésion.

L'adhérent/assuré déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion, et au préalable de la Notice d'Information relative au contrat TARGET +, comprenant toutes les informations précontractuelles dans le cas où le contrat serait conclu dans le cadre d'une vente à distance, l'annexe financière de présentation des supports ainsi que du Document d'Information Clé pour l'Investisseur pour chaque OPC choisi comme unité de compte, ou à défaut du document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion, destiné à ORADEA VIE, vaut récépissé de l'ensemble de ces documents.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent/assuré reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date d'encaissement du chèque ou de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

**MODALITÉ DE RENONCIATION :**

L'adhérent/assuré peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion est conclue. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, ou par envoi recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : clients-oradeavie@socgen.com. Elle peut être faite selon le modèle suivant : «Monsieur le Directeur général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion au contrat TARGET + n°..... effectuée en date du ..... j je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n°..... de ..... et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et Signature».

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent/assuré de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires à ORADEA VIE pour la gestion de la présente demande. Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation remise à l'adhérent/assuré.

Elles permettent à ORADEA VIE d'identifier l'adhérent/assuré, d'identifier les bénéficiaires, de vérifier que l'adhérent/assuré remplisse les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer son tarif et mettre à sa disposition les garanties et les services souscrits.

Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de la relation entre ORADEA VIE et l'adhérent/assuré, utilisées pour l'exécution et la gestion de son contrat et pour répondre aux obligations légales et réglementaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE peut également utiliser les données de l'adhérent/assuré pour lui proposer des offres commerciales pour des produits et services du Groupe SOGECAP, personnalisées selon ses besoins, ainsi que celles des partenaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE met en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'adhérent/assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de ses données.

L'adhérent/assuré peut également, pour des raisons tenant à sa situation particulière, s'opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, selon les modalités décrites dans sa Notice d'Information. Des informations détaillées sur le traitement de ses données (finalités, exercice de ses droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans sa Notice d'Information.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : l'adhérent/assuré 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](http://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.

La date d'encaissement du chèque ou de prélèvement du versement initial, y compris les frais, détermine le point de départ des garanties.

Fait en 3 exemplaires à ....., le .....

Signature de l'adhérent/assuré :

Signature du co-adhérent/co-assuré (en cas de co-adhésion) :

<p>REFERENCE DISTRIBUTEUR :</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>PARTENAIRE :</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui - <i>Nom, prénom</i></p> <p>_____</p>	<p>Nom, prénom :</p> <p>_____</p> <p>Signature :</p> <p>_____</p>
--	---



# ORADEA VIE

GRUPE SOCIETE GENERALE

Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation  
au capital de 26 704 256 EUR  
Entreprise régie par le code des assurances -  
RCS Nanterre 430 435 669 -  
Siège social : 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex

# PRIMONIAL ASSURANCE

Siège social : 8 rue du Général Foy - 75008 Paris  
Téléphone : 01 44 21 71 23 - www.primonial.fr  
Adresse postale : 6-8 rue du Général Foy - CS 90130  
75380 Paris Cedex 8

Code client Primonial : | | | | | | | | | |

## DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT TARGET +

Contrat d'assurance collective sur la vie en euros et en unités de compte souscrit par l'association LE COLLEGE DU PATRIMOINE auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest- 75436 Paris Cedex 09

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° d'adhésion | | | | | | | | | |

### MODALITÉS D'ADHESION

☐ ADHESION SIMPLE ☐ CO-ADHESION

### ADHÉRENT / ASSURÉ

#### ADHÉRENT

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

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

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

### DÉCLARATION DES CO-ADHÉRENTS / CO-ASSURÉS

Partie à signer uniquement en cas de co-adhésion [cocher la case correspondant au dénouement choisi ci-dessous]

Les co-adhérents attestent par la présente, dans le cadre de la co-adhésion au contrat d'assurance sur la vie TARGET + :

- que les capitaux devant être utilisés proviennent du remploi de cession de biens communs et/ou appartiennent eux-mêmes à la communauté telle que définie par le régime matrimonial ; que ces biens n'ont pu en aucune manière avoir été financés, à une date quelconque, par emploi ou remploi de deniers propres.
- opter pour un dénouement : ☐ au premier décès ☐ au second décès

Signature des co-adhérents :

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

### DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE

- En cas de vie de l'assuré, des co-adhérents/co-assurés : L'adhérent/assuré, Les co-adhérents/co-assurés
- En cas de décès de l'assuré : (cocher la clause souhaitée)

#### EN CAS D'ADHESION SIMPLE :

##### ☐ CLAUSES TYPES :

- ☐ Mon conjoint marié non séparé de corps/partenaire de PACS, à défaut mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.
- ☐ Mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

##### ☐ CLAUSE LIBRE :

La ou les personne(s) suivante(s) (Indiquer nom, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, date et lieu de naissance, adresse) :

.....  
.....  
..... à défaut mes héritiers.



## DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE (SUITE)

**EN CAS DE CO-ADHESION :**

☐ **CLAUSES TYPES :**

- **Option dénouement au décès du premier co-assuré :** Mon conjoint marié non séparé de corps/partenaire de PACS, à défaut mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

*NB : ne sont concernés que les enfants du co-assuré dont le décès entraîne le dénouement du contrat.*

- **Option dénouement au décès du dernier co-assuré :** Mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

*NB : ne sont concernés que les enfants du co-assuré dont le décès entraîne le dénouement du contrat.*

☐ **CLAUSE LIBRE :**

La ou les personne(s) suivante(s) (Indiquer nom, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, date et lieu de naissance, adresse) :

.....

..... à défaut les héritiers du co-adhérent/co-assuré dont le décès entraîne le dénouement du contrat.

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION

■ **Durée de l'adhésion :**

1 \_\_\_\_ ans, 8 ans minimum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogeable annuellement par accord tacite.

■ Le versement initial comprend :

- **Le premier versement** (frais compris, hors coût d'adhésion) doit respecter un minimum de 10 000 EUR :

Montant brut hors cotisation d'adhésion : ..... EUR (justificatif d'origine des fonds requis pour tout versement supérieur ou égal à 50 000 EUR)

Dont frais à l'entrée : ..... EUR soit ..... % (4% maximum)

+ une cotisation d'adhésion à l'association LE COLLEGE DU PATRIMOINE de :

Adhérent ☐ 50,00 EUR ☐ 0,00 EUR (déjà adhérent)

Co-adhérent ☐ 50,00 EUR ☐ 0,00 EUR (déjà adhérent)

Soit un versement total (frais d'entrée et cotisation d'adhésion compris) : ..... EUR

Soit en lettres .....

Tout paiement par chèque doit se faire à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE.

- Répartition du versement initial à l'adhésion : chaque versement doit respecter un minimum de 40% en unités de compte

[illegible]

C - <u>Supports SCPI et OPCI</u> (quel que soit le montant investi) et investissement supérieur à 200 000 EUR pour les autres supports → <b>PASSAGE PAR UN SUPPORT MONETAIRE PENDANT 30 JOURS</b>		EUR
Répartition à l'issue des 30 jours* (en %) :		
Supports SCPI et OPCI** (quel que soit le montant investi)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Autres supports en unités de compte (au-delà de 200 000 EUR)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Total de la répartition		100 %
<b>TOTAL DU VERSEMENT (BRUT DE FRAIS)</b> (supports en euros et supports en unités de compte) (A+B+C)		<b>EUR</b>

\* Répartition par un arbitrage automatique et sans frais du support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires à l'issue du délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat selon la répartition indiquée.

\*\* La partie de votre versement affectée au support OPCI est d'abord investie sur le support d'attente d'investissement de référence. Ce support est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

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'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

Passé un délai de 30 jours, à compter de la date d'effet de votre contrat, vous pourrez arbitrer tout ou partie de votre capital vers les supports autorisés par le contrat. La répartition entre les différents supports du contrat devra être précisée à chaque versement ou lors de chaque arbitrage.

#### Règle particulière aux versements sur les supports SCPI et OPCI :

La partie de vos versements affectée à ces supports lors de votre adhésion et pendant 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat est d'abord investie sur le support de référence. Ce support de référence est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires ; il est indiqué dans l'annexe financière à la Notice d'Information qui vous a été remise. A la fin de cette période, c'est-à-dire le premier jour ouvré qui suit l'expiration de ce délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat :

- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le(s) support(s) SCPI est arbitrée, sans frais, sur le(s) support(s) SCPI concerné(s). L'investissement sur le support SCPI aura lieu une fois par semaine ; le jour d'investissement est précisé dans l'annexe à votre Notice d'Information propre à ce support SCPI.
- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le support OPCI est arbitrée, sans frais, sur le support d'attente d'investissement du support OPCI. Ce support d'attente est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires. Le capital constitué sur le support d'attente est ensuite arbitré, sans frais, vers le support OPCI à la date de la première valeur liquidative établie par la société de gestion du support OPCI à compter du deuxième jour ouvré qui suit la date d'effet de l'entrée sur ledit support d'attente d'investissement.

(Voir les modalités précises dans la Notice d'Information et les annexes afférentes qui vous ont été remises).

#### ■ Origine des fonds et objet de l'opération

##### • Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

##### • Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION (SUITE)

### Frais du contrat :

- Frais de gestion annuels maximum : Support Sécurité Target Euro, support Euro Tremplin et le support Euro Classique : 0,80% - Support en unités de compte : 0,98%
- Frais d'arbitrage : 1%

A ce taux s'ajoute 0,50% pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

### Versements programmés :

D'un montant brut de ..... EUR (Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1 200 EUR/an)

Soit en lettres .....

Frais sur versements programmés : .....EUR soit ..... % (4% maximum)

Périodicité du prélèvement I.....I

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

Date souhaitée du 1<sup>er</sup> versement programmé I.....I

(du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour du mois) (minimum 30 jours après la date d'effet du contrat)

- Répartition des versements programmés à l'adhésion : chaque versement doit respecter un minimum de 40% en unités de compte

Code ISIN et Libellés des supports choisis	Versements programmés Montant en EUR (frais compris) Minimum 75 EUR par support
Sécurité Target Euro *	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (bruts de frais)	EUR

\*Tout investissement par versement sur le support Sécurité Target Euro donnera lieu à un investissement préalable sur le support Euro Tremplin jusqu'à la fin de l'année calendaire d'investissement. Un arbitrage du capital constitué sur ce support vers le support Sécurité Target Euro sera effectué gratuitement en date d'effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### Origine des fonds et objet de l'opération

#### Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

#### Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale

## MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

- ☐
- Prélèvement (joindre le RIB/BIC IBAN)

Date de prélèvement : ..... (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 5 jours ouvrés avant cette date).

## MANDAT RECURRENT DE PRELEVEMENT SEPA

CREANCIER

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) : Communiquée ultérieurement dans le certificat d'adhésion.

**Compte à débiter :**

BIC | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

IBAN | 

- ☐ Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement initial

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

## INFORMATION / DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

L'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire du Document d'Informations Clés du contrat TARGET+ et avoir disposé d'un délai suffisant pour lui permettre d'examiner ce document préalablement à l'adhésion.

L'adhérent/assuré déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion, et au préalable de la Notice d'Information relative au contrat TARGET +, comprenant toutes les informations précontractuelles dans le cas où le contrat serait conclu dans le cadre d'une vente à distance, l'annexe financière de présentation des supports ainsi que du Document d'Information Clé pour l'Investisseur pour chaque OPC choisi comme unité de compte, ou à défaut du document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion, destiné à ORADEA VIE, vaut récépissé de l'ensemble de ces documents.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent/assuré reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date d'encaissement du chèque ou de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

**MODALITÉ DE RENONCIATION :**

L'adhérent/assuré peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion est conclue. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, ou par envoi recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : [clients-oradeavie@socgen.com](mailto:clients-oradeavie@socgen.com). Elle peut être faite selon le modèle suivant : «Monsieur le Directeur général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion au contrat TARGET + n°..... effectuée en date du ..... j vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n°..... de ..... et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et Signature».

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent/assuré de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires à ORADEA VIE pour la gestion de la présente demande. Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation remise à l'adhérent/assuré.

Elles permettent à ORADEA VIE d'identifier l'adhérent/assuré, d'identifier les bénéficiaires, de vérifier que l'adhérent/assuré remplisse les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer son tarif et mettre à sa disposition les garanties et les services souscrits.

Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de la relation entre ORADEA VIE et l'adhérent/assuré, utilisées pour l'exécution et la gestion de son contrat et pour répondre aux obligations légales et réglementaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE peut également utiliser les données de l'adhérent/assuré pour lui proposer des offres commerciales pour des produits et services du Groupe SOGECAP, personnalisées selon ses besoins, ainsi que celles des partenaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE met en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'adhérent/assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de ses données.

L'adhérent/assuré peut également, pour des raisons tenant à sa situation particulière, s'opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, selon les modalités décrites dans sa Notice d'Information. Des informations détaillées sur le traitement de ses données (finalités, exercice de ses droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans sa Notice d'Information.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : l'adhérent/assuré 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](http://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.

La date d'encaissement du chèque ou de prélèvement du versement initial, y compris les frais, détermine le point de départ des garanties.

Fait en 3 exemplaires à ....., le .....

Signature de l'adhérent/assuré :

Signature du co-adhérent/co-assuré (en cas de co-adhésion) :

<p>REFERENCE DISTRIBUTEUR :</p> <p> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>PARTENAIRE :</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui - <i>Nom, prénom</i></p> <p>_____</p>	<p>Nom, prénom :</p> <p>_____</p> <p>Signature :</p> <p>_____</p>
--	---



# ORADEA VIE

GRUPE SOCIETE GENERALE

Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation  
au capital de 26 704 256 EUR  
Entreprise régie par le code des assurances -  
RCS Nanterre 430 435 669 -  
Siège social : 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex

# PRIMONIAL ASSURANCE

Siège social : 8 rue du Général Foy - 75008 Paris  
Téléphone : 01 44 21 71 23 - www.primonial.fr  
Adresse postale : 6-8 rue du Général Foy - CS 90130  
75380 Paris Cedex 8

Code client Primonial : | | | | | | | | | |

## DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT TARGET +

Contrat d'assurance collective sur la vie en euros et en unités de compte souscrit par l'association LE COLLEGE DU PATRIMOINE auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest- 75436 Paris Cedex 09

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° d'adhésion | | | | | | | | | |

### MODALITÉS D'ADHESION

☐ ADHESION SIMPLE ☐ CO-ADHESION

### ADHÉRENT / ASSURÉ

#### ADHÉRENT

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

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

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune .....

Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone portable .....

Téléphone domicile .....

E-mail .....

Nationalité .....

Adresse principale (O/N) | | Adresse à l'étranger (O/N) | |

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) | |

### DÉCLARATION DES CO-ADHÉRENTS / CO-ASSURÉS

Partie à signer uniquement en cas de co-adhésion [cocher la case correspondant au dénouement choisi ci-dessous]

Les co-adhérents attestent par la présente, dans le cadre de la co-adhésion au contrat d'assurance sur la vie TARGET + :

- que les capitaux devant être utilisés proviennent du remploi de cession de biens communs et/ou appartiennent eux-mêmes à la communauté telle que définie par le régime matrimonial ; que ces biens n'ont pu en aucune manière avoir été financés, à une date quelconque, par emploi ou remploi de deniers propres.
- opter pour un dénouement : ☐ au premier décès ☐ au second décès

Signature des co-adhérents :

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

### DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE

- En cas de vie de l'assuré, des co-adhérents/co-assurés : L'adhérent/assuré, Les co-adhérents/co-assurés
- En cas de décès de l'assuré : (cocher la clause souhaitée)

#### EN CAS D'ADHESION SIMPLE :

##### ☐ CLAUSES TYPES :

- ☐ Mon conjoint marié non séparé de corps/partenaire de PACS, à défaut mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.
- ☐ Mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

##### ☐ CLAUSE LIBRE :

La ou les personne(s) suivante(s) (Indiquer nom, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, date et lieu de naissance, adresse) :

.....  
.....  
..... à défaut mes héritiers.

### DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE (SUITE)

**EN CAS DE CO-ADHESION :**

☐ **CLAUSES TYPES :**

- **Option dénouement au décès du premier co-assuré :** Mon conjoint marié non séparé de corps/partenaire de PACS, à défaut mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

*NB : ne sont concernés que les enfants du co-assuré dont le décès entraîne le dénouement du contrat.*

- **Option dénouement au décès du dernier co-assuré :** Mes enfants nés/à naître, vivants ou représentés, par parts égales. En cas de prédécès ou renonciation d'un des enfants, sa part reviendra à ses descendants, à défaut mes enfants survivants. A défaut mes héritiers.

*NB : ne sont concernés que les enfants du co-assuré dont le décès entraine le dénouement du contrat.*

☐ **CLAUSE LIBRE :**

La ou les personne(s) suivante(s) (Indiquer nom, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, date et lieu de naissance, adresse) :

.....

..... à défaut les héritiers du co-adhérent/co-assuré dont le décès entraîne le dénouement du contrat.

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION

■ **Durée de l'adhésion :**

1 \_\_\_\_ ans, 8 ans minimum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogeable annuellement par accord tacite.

■ Le versement initial comprend :

- **Le premier versement** (frais compris, hors coût d'adhésion) doit respecter un minimum de 10 000 EUR :

Montant brut hors cotisation d'adhésion : ..... EUR (justificatif d'origine des fonds requis pour tout versement supérieur ou égal à 50 000 EUR)

Dont frais à l'entrée : ..... EUR soit ..... % (4% maximum)

+ une cotisation d'adhésion à l'association LE COLLEGE DU PATRIMOINE de :

Adhérent ☐ 50,00 EUR ☐ 0,00 EUR (déjà adhérent)

Co-adhérent ☐ 50,00 EUR ☐ 0,00 EUR (déjà adhérent)

Soit un versement total (frais d'entrée et cotisation d'adhésion compris) : ..... EUR

Soit en lettres .....

Tout paiement par chèque doit se faire à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE.

- Répartition du versement initial à l'adhésion : chaque versement doit respecter un minimum de 40% en unités de compte

[illegible]

C - <u>Supports SCPI et OPCI</u> (quel que soit le montant investi) et investissement supérieur à 200 000 EUR pour les autres supports → <b>PASSAGE PAR UN SUPPORT MONETAIRE PENDANT 30 JOURS</b>		EUR
Répartition à l'issue des 30 jours* (en %) :		
Supports SCPI et OPCI** (quel que soit le montant investi)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Autres supports en unités de compte (au-delà de 200 000 EUR)		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
Total de la répartition		100 %
<b>TOTAL DU VERSEMENT (BRUT DE FRAIS) (supports en euros et supports en unités de compte) (A+B+C)</b>		<b>EUR</b>

\* Répartition par un arbitrage automatique et sans frais du support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires à l'issue du délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat selon la répartition indiquée.

\*\* La partie de votre versement affectée au support OPCI est d'abord investie sur le support d'attente d'investissement de référence. Ce support est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

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'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

Passé un délai de 30 jours, à compter de la date d'effet de votre contrat, vous pourrez arbitrer tout ou partie de votre capital vers les supports autorisés par le contrat. La répartition entre les différents supports du contrat devra être précisée à chaque versement ou lors de chaque arbitrage.

#### Règle particulière aux versements sur les supports SCPI et OPCI :

La partie de vos versements affectée à ces supports lors de votre adhésion et pendant 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat est d'abord investie sur le support de référence. Ce support de référence est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires ; il est indiqué dans l'annexe financière à la Notice d'Information qui vous a été remise. A la fin de cette période, c'est-à-dire le premier jour ouvré qui suit l'expiration de ce délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat :

- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le(s) support(s) SCPI est arbitrée, sans frais, sur le(s) support(s) SCPI concerné(s). L'investissement sur le support SCPI aura lieu une fois par semaine ; le jour d'investissement est précisé dans l'annexe à votre Notice d'Information propre à ce support SCPI.
- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le support OPCI est arbitrée, sans frais, sur le support d'attente d'investissement du support OPCI. Ce support d'attente est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires. Le capital constitué sur le support d'attente est ensuite arbitré, sans frais, vers le support OPCI à la date de la première valeur liquidative établie par la société de gestion du support OPCI à compter du deuxième jour ouvré qui suit la date d'effet de l'entrée sur ledit support d'attente d'investissement.

(Voir les modalités précises dans la Notice d'Information et les annexes afférentes qui vous ont été remises).

#### ■ Origine des fonds et objet de l'opération

##### • Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

##### • Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale



## CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION (SUITE)

### Frais du contrat :

- Frais de gestion annuels maximum : Support Sécurité Target Euro, support Euro Tremplin et le support Euro Classique : 0,80% - Support en unités de compte : 0,98%
- Frais d'arbitrage : 1%

A ce taux s'ajoute 0,50% pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

### Versements programmés :

D'un montant brut de ..... EUR (Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1 200 EUR/an)

Soit en lettres .....

Frais sur versements programmés : .....EUR soit ..... % (4% maximum)

Périodicité du prélèvement |.....|

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

Date souhaitée du 1<sup>er</sup> versement programmé |.....|

(du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour du mois) (minimum 30 jours après la date d'effet du contrat)

- Répartition des versements programmés à l'adhésion : chaque versement doit respecter un minimum de 40% en unités de compte

Code ISIN et Libellés des supports choisis	Versements programmés Montant en EUR (frais compris) Minimum 75 EUR par support
Sécurité Target Euro *	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
	EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (bruts de frais)	EUR

\*Tout investissement par versement sur le support Sécurité Target Euro donnera lieu à un investissement préalable sur le support Euro Tremplin jusqu'à la fin de l'année calendaire d'investissement. Un arbitrage du capital constitué sur ce support vers le support Sécurité Target Euro sera effectué gratuitement en date d'effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### Origine des fonds et objet de l'opération

#### Origine des fonds :

- ☐ Épargne déjà constituée
- ☐ Réalisation d'actifs, lesquels ? : .....
- ☐ Héritage/Donation (joindre un justificatif dès le 1<sup>er</sup> euro), origine : .....
- ☐ Intérêts/dividendes sur stock option
- ☐ Gains aux jeux
- ☐ Indemnisation
- ☐ Rachat de contrat, établissement : .....
- ☐ Crédit, établissement : .....

Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation de l'adhérent ? ☐ Oui ☐ Non

#### Objet de l'opération

- ☐ Valorisation de capital
- ☐ Constitution de capital
- ☐ Recherche de revenus
- ☐ Nantissement
- ☐ Transmission patrimoniale

## MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

- ☐
- Prélèvement (joindre le RIB/BIC IBAN)

Date de prélèvement : ..... (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 5 jours ouvrés avant cette date).

## MANDAT RECURRENT DE PRELEVEMENT SEPA

CREANCIER

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) : Communiquée ultérieurement dans le certificat d'adhésion.

**Compte à débiter :**

BIC | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

IBAN | \_\_\_\_\_

- ☐ Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement initial

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

## INFORMATION / DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

L'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire du Document d'Informations Clés du contrat TARGET+ et avoir disposé d'un délai suffisant pour lui permettre d'examiner ce document préalablement à l'adhésion.

L'adhérent/assuré déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion, et au préalable de la Notice d'Information relative au contrat TARGET +, comprenant toutes les informations précontractuelles dans le cas où le contrat serait conclu dans le cadre d'une vente à distance, l'annexe financière de présentation des supports ainsi que du Document d'Information Clé pour l'Investisseur pour chaque OPC choisi comme unité de compte, ou à défaut du document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion, destiné à ORADEA VIE, vaut récépissé de l'ensemble de ces documents.

**En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent/assuré reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date d'encaissement du chèque ou de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial.** Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

### MODALITÉ DE RENONCIATION :

L'adhérent/assuré peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion est conclue. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, ou par envoi recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : clients-oradeavie@socgen.com. Elle peut être faite selon le modèle suivant : «Monsieur le Directeur général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion au contrat TARGET + n°..... effectuée en date du ..... , je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n°..... de ..... et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et Signature».

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent/assuré de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires à ORADEA VIE pour la gestion de la présente demande. Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation remise à l'adhérent/assuré.

Elles permettent à ORADEA VIE d'identifier l'adhérent/assuré, d'identifier les bénéficiaires, de vérifier que l'adhérent/assuré remplisse les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer son tarif et mettre à sa disposition les garanties et les services souscrits.

Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de la relation entre ORADEA VIE et l'adhérent/assuré, utilisées pour l'exécution et la gestion de son contrat et pour répondre aux obligations légales et réglementaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE peut également utiliser les données de l'adhérent/assuré pour lui proposer des offres commerciales pour des produits et services du Groupe SOGECAP, personnalisées selon ses besoins, ainsi que celles des partenaires d'ORADEA VIE.

ORADEA VIE met en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'adhérent/assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de ses données.

L'adhérent/assuré peut également, pour des raisons tenant à sa situation particulière, s'opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, selon les modalités décrites dans sa Notice d'Information. Des informations détaillées sur le traitement de ses données (finalités, exercice de ses droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans sa Notice d'Information.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : l'adhérent/assuré 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](http://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.

La date d'encaissement du chèque ou de prélèvement du versement initial, y compris les frais, détermine le point de départ des garanties.

Fait en 3 exemplaires à ....., le .....

Signature de l'adhérent/assuré :

Signature du co-adhérent/co-assuré (en cas de co-adhésion) :

REFERENCE DISTRIBUTEUR :  _ _ _ _ _ _ _ _ _	Nom, prénom : _____
PARTENAIRE : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui – Nom, prénom _____	Signature : _____

**Contrat assuré par**

**ORADEA VIE**

Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 euros  
Entreprise régie par le code des assurances  
RCS Nanterre 430 435 669

**Siège social :**

Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex  
Service relations clients : 42 bd Alexandre Martin - 45057 Orleans Cedex 1  
Tél : 02 38 79 67 00  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),  
4 Place de Budapest- 75436 Paris Cedex 09

**Contrat présenté par**

**PRIMONIAL**

Société par Actions Simplifiée au capital de 173 680 euros. 484 304 696 RCS Paris. Société de conseil en gestion de patrimoine. NAF 6622Z. Conseiller en Investissements Financiers adhérent à l'ANACOFI-CIF sous le N° E001759, Association agréée par l'Autorité des Marchés Financiers, Intermédiaire en Assurance inscrit en qualité de courtier et Mandataire Non Exclusif en Opérations de Banque et en Services de Paiement inscrit à l'ORIAS sous le N°07 023 148. Carte professionnelle « Transactions sur Immeubles et fonds de commerces avec détention de fonds » N° CPI 7501 2016 000 013 748 délivrée par la CCI de Paris Ile-de-France conférant le statut d'Agent immobilier, garantie par Zurich Insurance PLC, 112 avenue de Wagram 75017 Paris.  
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière N°7400021119.

**Siège social :**

8 rue du Général Foy – 75008 Paris  
Téléphone : 01 44 21 71 23  
[www.primonial.fr](http://www.primonial.fr)

**Adresse postale :**

6-8 rue du Général Foy – CS 90130  
75380 Paris Cedex 8



**LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DÉTAILLÉES NIVEAU 3 (SOURCE INSEE)**

<b>10</b> Agriculteurs exploitants <b>21</b> Artisans <b>22</b> Commerçants et assimilés <b>23</b> Chefs d'entreprise <b>31</b> Professions libérales et assimilés <b>32</b> Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques <b>36</b> Cadres d'entreprise <b>41</b> Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	<b>46</b> Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises <b>47</b> Techniciens <b>48</b> Contremaîtres, agents de maîtrise <b>51</b> Employés de la fonction publique <b>54</b> Employés administratifs d'entreprise <b>55</b> Employés de commerce <b>56</b> Personnels des services directs aux particuliers <b>61</b> Ouvriers qualifiés <b>66</b> Ouvriers non qualifiés	<b>69</b> Ouvriers agricoles <b>71</b> Anciens agriculteurs exploitants <b>72</b> Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise <b>73</b> Anciens cadres et professions intermédiaires <b>76</b> Anciens employes et ouvriers <b>79</b> Retraités ancienne activité connue <b>81</b> Chômeurs n'ayant jamais travaillé <b>82</b> Inactifs divers (autres que retraités) <b>84</b> Étudiants
--	--	---

**PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSÉES ET FONCTIONS POLITIQUES JURIDICTIONNELLES OU ADMINISTRATIVES (R561-18 DU CODE MONÉTAIRE ET FINANCIER)**

**Les personnes qui exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :**

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n°88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours
- Membre d'une cour des comptes
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale
- Ambassadeur ou chargé d'affaires
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique
- Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein

**Y compris les membres directs de la famille de ces personnes tels que :**

- Le conjoint ou le concubin notoire
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère
- Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère
- Les ascendants au premier degré

**Ou les personnes leur étant étroitement associées tels que :**

- Les personnes physiques qui, conjointement avec une personne politiquement exposée, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger
- Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit d'une personne politiquement exposée
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne politiquement exposée

Dénomination du cabinet \_\_\_\_\_

Nom, prénom du CGP \_\_\_\_\_

Références Primonial 

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

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du CGP	Signature du souscripteur / adhérent	Signature du co-souscripteur / co-adhérent
<div></div>	<div></div>	<div></div>

Les données à caractère personnel sont recueillies dans ce document par Primonial Partenaires en sa qualité de responsable de traitement. Les données sont collectées et traitées à des fins réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La réponse est obligatoire et son absence rendra impossible le traitement de votre dossier. Ces données sont accessibles aux seuls employés habilités de Primonial et ne feront l'objet de communication à des tiers, partenaires commerciaux et/ou sous-traitants que pour les seuls besoins d'administration et de gestion pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires

Conformément aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et vous pouvez demander à ce qu'elles soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées selon les cas. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour motifs légitimes, à ce que des données vous concernant fassent l'objet d'un traitement. Pour exercer les droits précités, vous pouvez contacter directement la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**PRIMONIAL PARTENAIRES** - Société par Actions Simplifiée au capital de 129 146 €, 504 162 439 RCS Paris, Conseiller en investissements financiers adhérent à l'ANACOFI-CIF, association professionnelle agréée par l'AMF, sous le numéro E003248 et Courtier d'assurances enregistrés auprès de l'ORIAS sous le numéro 08 042 756, Titulaire de la Carte de Transaction sur Immeubles et Fonds de Commerce numéro CPI 7501 2016 000 004 270 garantie par Zurich Insurance PLC, 112 avenue de Wagram 75017 Paris. N° CNIL 1648273. Siège social : 6-8 rue du Général Foy 75008 Paris - Téléphone : 01 44 21 70 00 - Fax : 01 44 21 71 23. Adresse postale : 6-8 rue du Général Foy - CS 90130 - 75380 Paris Cedex 8

Réf : Synthèse Patrimoniale - Primonial Partenaires - PP - DC01401 - 082019

## FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RESIDENCE FISCALE - PERSONNE PHYSIQUE

### RÉGLEMENTATIONS FATCA / CRS

(Substitut au formulaire W8-Ben)

**- DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA SYNTHÈSE PATRIMONIALE OU LA FICHE « VOTRE PATRIMOINE ET NOS PRECONISATIONS » -**

**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

**A compter du 01/01/2018, le formulaire d'auto-certification Fatca/CRS est obligatoire pour toute nouvelle souscription, pour tout versement et pour tout changement de circonstances modifiant le précédent statut de l'Adhérent/Souscripteur au regard de Fatca/CRS (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 le présent formulaire d'auto-certification.**

**NB : pour les mineurs la signature d'un seul représentant légal est acceptée.**

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/DES CLIENTS CO-SOUSCRIPTEURS/ADHÉRENTS

Identité de l'Adhérent/Souscripteur/Payeur de prime		
	Adhérent/Souscripteur	Représentant légal ou Co-adhérent/Co-souscripteur ou le payeur de prime (s'il est différent du souscripteur)
Civilité	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom	.....	.....
Nom de naissance (si différent)	.....	.....
Prénom(s)	.....	.....
Date de Naissance	.....	.....

## SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT 1 :

### SECTION 2 – PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE DU CLIENT

Auto-certification FATCA	
Je déclare (cocher les cases correspondant à votre situation) :	
<input type="checkbox"/> être citoyen (nationalité unique ou double) ou résident des États-Unis (vous avez possédé ou possédez un permis de séjour américain « green card ») ( <b>merci de compléter le formulaire W9</b> ).	
<input type="checkbox"/> répondre aux autres critères de définition du statut de « US Person » à savoir :	
<input type="checkbox"/> un lieu de naissance aux Etats-Unis ;	
<input type="checkbox"/> une adresse postale aux Etats-Unis y compris en boîte postale US ou une adresse « à l'attention de » aux États-Unis ; un numéro de téléphone aux Etats-Unis,	
<input type="checkbox"/> un ordre de virement permanent vers un compte maintenu aux Etats-Unis,	
<input type="checkbox"/> une procuration au profit d'une personne ayant son domicile aux Etats-Unis.	
<b>(merci de joindre une pièce d'identité non US, et le cas échéant le certificat de perte de nationalité US).</b>	
Je déclare, le cas échéant :	
<input type="checkbox"/> Etre résident fiscal français ou résident fiscal d'un Etat autre que les Etats-Unis et ne pas répondre aux critères de définition du statut de « US Person ».	
<b>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.</b>	

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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Si oui,</u> <input type="checkbox"/> Je certifie que le NIF du titulaire de compte est le suivant :  <input type="checkbox"/> Je ne suis pas en mesure de fournir un NIF (Merci de cocher la case le cas échéant).  Préciser le motif	_____  _____
<b>Confirmation de l'unicité de la résidence fiscale</b>	
<input type="checkbox"/> 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 <b>SECTION 3</b> .	

### SECTION 3 – AUTRES PAYS DE RÉSIDENCE (SI APPLICABLE) DU CLIENT

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 : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Merci de préciser le motif pour lequel le(s) NIF(s) est(sont) indisponible(s) : .....			



**SECTION 2 – PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE DU CLIENT**

Auto-certification FATCA	
Je déclare (cocher les cases correspondant à votre situation) :	
<input type="checkbox"/> être citoyen (nationalité unique ou double) ou résident des États-Unis (vous avez possédé ou possédez un permis de séjour américain « green card ») <b>(merci de compléter le formulaire W9).</b>	
<input type="checkbox"/> répondre aux autres critères de définition du statut de « US Person » à savoir :	
<input type="checkbox"/> un lieu de naissance aux Etats-Unis ;	
<input type="checkbox"/> une adresse postale aux Etats-Unis y compris en boîte postale US ou une adresse « à l'attention de » aux États-Unis ; un numéro de téléphone aux Etats-Unis,	
<input type="checkbox"/> un ordre de virement permanent vers un compte maintenu aux Etats-Unis,	
<input type="checkbox"/> une procuration au profit d'une personne ayant son domicile aux Etats-Unis.	
<b>(merci de joindre une pièce d'identité non US, et le cas échéant le certificat de perte de nationalité US).</b>	
Je déclare, le cas échéant :	
<input type="checkbox"/> Etre résident fiscal français ou résident fiscal d'un Etat autre que les Etats-Unis et ne pas répondre aux critères de définition du statut de « US Person ».	
<b>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.</b>	

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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Si oui,</u> <input type="checkbox"/> Je certifie que le NIF du titulaire de compte est le suivant :  <input type="checkbox"/> Je ne suis pas en mesure de fournir un NIF (Merci de cocher la case le cas échéant).  Préciser le motif	_____  _____
<b>Confirmation de l'unicité de la résidence fiscale</b>	
<input type="checkbox"/> 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 <b>SECTION 3</b> .	

**SECTION 3 – AUTRES PAYS DE RÉSIDENCE (SI APPLICABLE) DU CLIENT**

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 : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Pays :		NIF :	ou NIF indisponible : <input type="checkbox"/>
Merci de préciser le motif pour lequel le(s) NIF(s) est(sont) indisponible(s) : .....			

# ATTESTATIONS ET SIGNATURES

## SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT 1

☐ Mme ☐ M Nom..... Prénom .....

### Autorisations et engagements

- Je reconnais et accepte que, conformément à l'article 1649 AC du CGI<sup>1</sup>, 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 : \_\_\_\_\_

## SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT 2 (à compléter en cas de co-adhésion/co-souscription)

☐ Mme ☐ M Nom..... Prénom .....

### Autorisations et engagements

- Je reconnais et accepte que, conformément à l'article 1649 AC du CGI<sup>1</sup>, 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.

<sup>1</sup> 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 œuvre, 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.

### 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 : \_\_\_\_\_

### **SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT 1 ET SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT 2 (en cas de co-adhésion/co-souscription)**

**Signature de l'Adhérent/Souscripteur (ou de son représentant légal) ou de l'Adhérent/Souscripteur 1 (en cas de co-adhésion/co-souscription) :**

**Signature de l'Adhérent/Souscripteur 2 (en cas de co-adhésion/co-souscription) :**

### **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.

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

**NB :** Le(s) Client(s) 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).



## FICHE DE DILIGENCE CONFIDENTIELLE LCB/FT

Au titre de la réglementation relative à la Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, tous les organismes assujettis sont tenus d'examiner chaque opération en fonction notamment de la situation du client, de l'investissement souhaité et des conditions de réalisation. L'objectif est de pouvoir évaluer le risque de blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme et d'appliquer, selon chaque situation, des mesures de vigilance, standard ou renforcée.

Cette fiche de diligence doit vous permettre d'analyser le niveau de risque LCB/FT associé à l'opération de votre client et de pouvoir y associer un niveau de vigilance. Selon le niveau de vigilance déterminé, des documents devront être transmis afin de compléter votre dossier.

Ce document atteste du respect de vos diligences en matière de LCB/FT. A ce titre, il peut faire l'objet d'un contrôle par les autorités de tutelle.

**La fiche de diligence LCB/FT est un document obligatoire, à joindre impérativement au dossier. En son absence, votre dossier ne sera pas accepté. Cette fiche doit être dûment remplie et complétée, pour toute opération et tout montant.**

**Primonial peut à tout moment demander la communication de documents complémentaires.**

### INFORMATIONS RELATIVES AU CLIENT<sup>(1)</sup>

Nom : ..... Prénom : .....

Dénomination Personne Morale : .....

Montant total brut : .....

**INVEST.    DÉSINVEST.    TRANSFERT**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produit : .....	Montant : .....	Fournisseur : .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produit : .....	Montant : .....	Fournisseur : .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produit : .....	Montant : .....	Fournisseur : .....

**Vous devez répondre à toutes les questions mentionnées ci-dessous.  
En cas de réponse positive, un justificatif probant d'origine des fonds ainsi  
qu'une traçabilité bancaire dès le 1<sup>er</sup> euro doivent être joints.**

OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le client est une Personne Politiquement Exposée ou proche PPE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le client réside à l'étranger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le client exerce une profession ou dans un secteur d'activités exposé à des risques LCBFT ou dans un secteur dit sensible tel que listé ci-dessous (liste non exhaustive) : <i>Activités immobilières, Construction, Hôtellerie, Commerce informatique, Téléphonie, Café/Restaurant/Brasserie, Hifi/Vidéo/Electroménager, professionnels de la santé, Secteur des jeux, Commerce de détail, Commerce et réparations automobiles, Service aux Particuliers, Electronique etc.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le client n'a pas d'activité professionnelle (chômage, rentier, élève, étudiant, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le client n'est pas physiquement (vente à distance – internet, téléphone) présent ou est représenté par un tiers <b>une 2<sup>e</sup> pièce d'identité justifiant de l'identité du client devra être fourni</b>

1. La notion de client concerne également le souscripteur personne physique ou personne morale mais également le représentant légal et le(s) bénéficiaire(s) effectif(s).

*Cochez la (les) case(s) correspondant à l'opération envisagée. Indiquer dans la partie « Commentaire » tout élément permettant de mieux appréhender les modalités de réalisation de l'opération.  
En cas de réponse positive, un justificatif probant d'origine des fonds dès le 1<sup>er</sup> euro doit obligatoirement être joint (sauf indications spécifiques mentionnées ci-dessous).  
Veuillez vous assurer de la traçabilité des flux financiers relatifs à l'origine des fonds du client (merci de fournir un relevé de compte probant correspondant).*

OUI	NON	■ OPÉRATIONS D'INVESTISSEMENT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le versement unitaire ou cumulé sur 12 mois glissant est supérieur ou égal à 50 000€ pour une personne physique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le versement unitaire ou cumulé sur 12 mois glissant est supérieur ou égal à 500 000 € pour une personne morale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le paiement est effectué par un tiers (y compris chèque de banque, notaire, CARPA) – <b>indiquer les raisons dans la rubrique « Commentaire »</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La justification d'origine des fonds est incohérente avec la situation déclarée par le client
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le paiement est en provenance d'un pays étranger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le versement est effectué par un non résident fiscal français depuis un compte bancaire étranger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le montant du versement programmé mensuel est supérieur ou égal à 100 % des revenus mensuels du foyer fiscal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le montant de l'opération est supérieur ou égal à 1 an de revenus annuels (tous revenus confondus – hors crédit)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement d'avance dès 50 000 €

OUI	NON	■ OPÉRATIONS DE DÉSINVESTISSEMENT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demande d'avance dès le 1 <sup>er</sup> euro - <b>indiquer le motif dans la rubrique « Commentaire » et joindre un justificatif de destination des fonds dès 50 000 €</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rachat précoce (souscription suivie d'une sortie de fonds dans les 24 mois pour l'Assurance Vie/ Capitalisation et dans les 36 mois pour les SCPI) - <b>indiquer le motif du rachat précoce dès le premier euro dans la rubrique « Commentaire ».</b> Pour tout rachat précoce supérieur à 50 000 €, un motif ET un justificatif de destinations des fonds doivent être fournis.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rachat à destination de l'étranger – <b>indiquer le motif dans la rubrique « Commentaire » et joindre un justificatif de destination des fonds dès le 1<sup>er</sup> euro</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renonciation – <b>indiquer le motif dans la rubrique « Commentaire »</b>

OUI	NON	ANALYSE DU RISQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans justification économique ou sans objet licite

**Commentaire :** .....

.....

**Origine / Destination des fonds (à préciser) :** .....

**Justificatif probant fourni (à préciser) :** .....

Attention : le relevé de compte n'est pas un justificatif d'origine des fonds.

<b>Date :</b> .....	<b>Lieu :</b> .....
<b>Nom et Prénom du conseiller :</b> .....	<b>Signature :</b> .....

## FICHE DE DILIGENCE CONFIDENTIELLE

### LCB/FT

#### LISTE INDICATIVE DES JUSTIFICATIFS DE PROVENANCE DES FONDS

PROVENANCE DES FONDS	JUSTIFICATIF À JOINDRE	INFORMATION DEVANT APPARAÎTRE SUR LE JUSTIFICATIF
<b>DONATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte notarié de donation</li> <li>- Déclaration 2735 de don manuel visé par l'administration fiscale</li> <li>- Imprimé CERFA 11278*04 visé par l'administration fiscale</li> </ul>	Nom du donateur, lien avec le souscripteur, date de la donation, montant (correspondant au montant à justifier)
<b>ÉPARGNE/ PLACEMENTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevé de portefeuille</li> <li>- Relevé de situation du contrat</li> <li>- Quittance de règlement du contrat</li> <li>- Ordre de mouvements d'actions</li> </ul>	Date de placement, durée de détention, n° du compte ou du contrat, nom de l'établissement conservateur, montant (correspondant au montant à justifier)
<b>HÉRITAGE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte notarié de la succession</li> <li>- Attestation du notaire</li> </ul>	Date du décès, nom de la personne décédée, lieu du décès, nom du bénéficiaire, montant de l'héritage (correspondant au montant à justifier)
<b>PRIME EXCEPTIONNELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de paie</li> <li>- Lettre de licenciement</li> <li>- Solde de tout compte</li> <li>- Levée d'option</li> </ul>	Date de versement de la prime
<b>DISTRIBUTION DE DIVIDENDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie du procès-verbal de l'AG ou à défaut l'attestation de l'expert-comptable</li> </ul>	Nom du bénéficiaire, la date, le montant (correspondant au montant à justifier)
<b>VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte de vente</li> <li>- Attestation du notaire</li> </ul>	Date de la vente, objet de la vente, prix de la vente, origine des fonds ayant financé le bien
<b>VENTE DE SOCIÉTÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte de vente</li> <li>- Copie des annonces légales</li> <li>- Attestation du notaire ou à défaut les comptes sociaux N-1</li> </ul>	Nature et date de la vente, date d'acquisition, nom et n° Siret de la société vendue
<b>VENTE DE SOCIÉTÉ COTÉE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avis de l'AMF</li> <li>- Acte de vente</li> <li>- Copie des annonces légales</li> <li>- Attestation du notaire ou à défaut les comptes sociaux N-1</li> </ul>	Nature et date de la vente, date d'acquisition, nom et n° Siret de la société vendue
<b>GAINS AUX JEUX</b>	Copie du chèque de la Française des Jeux ou du PMU	
<b>AUTRES CAS</b>	Toute pièce probante (émanant d'une administration ou d'un établissement financier) permettant de justifier de l'origine des fonds	

#### LISTE INDICATIVE DES JUSTIFICATIFS DE DESTINATIONS DES FONDS

<b>ACHAT DE BIENS IMMOBILIERS</b>	Promesse d'achat, attestation du notaire, si VEFA (appel de fonds)
<b>TRAVAUX</b>	Devis, facture
<b>BESOIN DE TRÉSORERIE (PERSONNE MORALE)</b>	Attestation du DAF ou expert-comptable + bilan n-1
<b>DISTRIBUTION DE DIVIDENDES (PERSONNE MORALE)</b>	Copie du procès-verbal de l'AG ou à défaut l'attestation de l'expert-comptable