



BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Contrat individuel d'assurance-vie libellé
en euros et/ou en unités de compte

GESTION PRIVÉE

Déclaration d'origine des fonds

Document confidentiel

Joindre obligatoirement les justificatifs

pour tout versement supérieur ou égal à 150.000 euros

L'Assureur se réserve également la possibilité de demander les justificatifs dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à l'arrêté du 2 septembre 2009 pris en application de l'article R. 561-12 du code monétaire et financier et définissant des éléments d'information liés à la connaissance du client et de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme,

« [...] les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pendant toute la durée de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme peuvent être :

- 1° Au titre de la connaissance de la relation d'affaires :
 - le montant et la nature des opérations envisagées ;
 - la provenance des fonds ;
 - la justification économique déclarée par le client [...] . »

N° de contrat (sauf à la souscription) : Montant du versement :

Civilité : ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom : Prénom : Nom de J.F. :

Origine des fonds	Montant €
Transfert provenant d'autres placements (Livrets, actions,...)	
Vente immobilière (maison, terrain,...)	
Succession ou donation	
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes,...)	
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société, commerce,...)	
Vente de biens mobiliers (oeuvres d'art, véhicules,...)	
Autre :
.....
.....
Total

Objectif d'investissement	
<input type="checkbox"/> Garantir le remboursement d'un prêt	<input type="checkbox"/> Accroître mon capital
<input type="checkbox"/> Préparer la transmission de mon patrimoine	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Bénéficier de revenus réguliers	
<input type="checkbox"/> Epargner pour réaliser un projet	

> **Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse** au sens de la réglementation relative au blanchiment des capitaux (Code monétaire et financier articles L.561-1 et suivants).

> **Je déclare être pleinement informé(e) du fait que le Groupe APICIL a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçons de blanchiment à Tracfin.**

> **Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « Déclaration d'origine des fonds » sont exacts et conformes à la réalité.**

Fait à le/...../..... Signature :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à : Groupe APICIL - Marketing - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire Cedex.

Primonial Assurance : marque de Primonial - Société par Actions Simplifiée au capital de 49 910 euros.

Siège social : 15/19 avenue de Suffren - 75007 Paris.

484 304 696 R.C.S Paris. Société de conseil en gestion de patrimoine. Conseil en Investissements Financiers adhèrent à l'ANACOFI-CIF sous le N°E001759. Société de courtage d'assurances, inscrite à l'ORIAS sous le numéro 07 023 148.

APICIL ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 65.000.000 Euros



APICIL Assurances

Société Anonyme à Directoire et à Conseil de Surveillance au capital de 65 000 000 euros.
Entreprise régie par le code des assurances,
RCS Lyon 440 839 942 .

Siège social :

38 rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire



PRIMONIAL

Société par Actions Simplifiée au capital de 49 910 euros.
484 304 696 R.C.S Paris. Société de conseil en gestion de patrimoine.
Conseil en Investissements Financiers adhérent à l'ANACOFI-CIF sous le N°E001759.
Société de courtage d'assurances, inscrite à l'ORIAS sous le numéro 07 023 148.
Transactions sur immeubles et fonds de commerces,
carte professionnelle n° T 11651 délivrée par la Préfecture de Police de Paris ;
garantie par le CIC, 6 avenue de Provence 75009 Paris,
conférant le statut d'Agent Immobilier ; ne peut recevoir d'autres fonds,
effets ou valeurs que sa rémunération ou commission.
N° d'enregistrement au fichier des démarcheurs Banque de France : 2110902630HQ.

Siège social :

15-19 avenue de Suffren
75007 Paris
Téléphone : 01 44 21 71 00
Télécopie : 01 44 21 71 23
www.primonial.fr

Adresse postale :

19 avenue de Suffren
CS 90741
75345 Paris Cedex 07

POUR QUE VOTRE SOUSCRIPTION SOIT ENREGISTRÉE ...

... vous devez retourner **dans un délai maximum de trente (30) jours** à compter de la date de signature du bulletin de souscription les pièces suivantes :

- 1 - **Le Bulletin de souscription signé** (sur chacune des pages). Le 3^{ème} feuillet doit être conservé par le souscripteur.
- 2 - **Le chèque** correspondant au montant du versement initial libellé à l'ordre d'**APICIL Assurances**.
- 3 - **Un RIB ou un RIP** qui sera utilisé comme référence bancaire pour mes futures opérations en ligne. Il pourra, bien entendu, être modifié à tout moment en cours de contrat.
- 4 - Une photocopie d'une **pièce d'identité officielle** en cours de validité (carte d'identité recto verso ou passeport).
- 5 - **Un justificatif de domicile de moins de 3 mois**.
- 6 - **La synthèse patrimoniale et/ou synthèse de l'investissement présentée par PRIMONIAL** dûment complétée.

Et, s'il y a lieu :

- 7 - **La lettre de mission, le document d'entrée en relation, l'annexe PPE** dûment complétés et signés.
- 8 - **Les avenants spécifiques** dûment complétés et signés (en cas de fonds à formule).
- 9 - **L'autorisation de prélèvement** dûment complétée (en cas de versements programmés uniquement).
- 10 - **Le document «Clause bénéficiaire»** dûment complété (en cas de désignation particulière uniquement).
- 11 - **Les justificatifs d'origine des fonds** que se réserve le droit de demander APICIL Assurances.

à l'adresse suivante :

**Primonial Assurances
Service Client
15/19 avenue de Suffren - 75007 Paris**

LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DÉTAILLÉES NIVEAU 3 (SOURCE INSEE)

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

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

Déclaration d'origine des fonds

Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation

Document confidentiel

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES JUSTIFICATIFS POUR TOUT VERSEMENT SUPERIEUR OU EGAL A 150.000 EUROS

L'Assureur se réserve également la possibilité de demander les justificatifs dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à l'arrêté du 2 septembre 2009 pris en application de l'article R. 561-12 du code monétaire et financier et définissant des éléments d'information liés à la connaissance du client et de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme,
« [...] les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pendant toute la durée de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme peuvent être :

1° Au titre de la connaissance de la relation d'affaires :

- le montant et la nature des opérations envisagées ;
- la provenance des fonds ;
- la justification économique déclarée par le client [...]. »

N° de contrat (sauf à la souscription) : Montant du versement :

Civilité : ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom : Prénom : Nom de J.F. :

Origine des fonds	Montant (€)
Transfert provenant d'autres placements (Livrets, actions,...)
Vente immobilière (maison, terrain,...)
Succession ou donation
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes,...)
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société, commerce,...)
Vente de biens mobiliers (oeuvres d'art, véhicules,...)
Autre :
.....
.....
Total :

Objectif d'investissement (à remplir lors du versement initial)

<input type="checkbox"/> Garantir le remboursement d'un prêt	<input type="checkbox"/> Accroître mon capital
<input type="checkbox"/> Préparer la transmission de mon patrimoine	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Bénéficier de revenus réguliers
<input type="checkbox"/> Epargner pour réaliser un projet

> Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la réglementation relative au blanchiment des capitaux (Code monétaire et financier articles L.561-1 et suivants).

> Je déclare être pleinement informé(e) du fait que le Groupe APICIL a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçons de blanchiment à Tracfin.

> Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « Déclaration d'origine des fonds » sont exacts et conformes à la réalité.

Fait à le/...../..... Signature :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à : Groupe APICIL – Relation Client - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.

11/2014



APICIL ASSURANCES, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - Capital 114 010 000 Euros



Clause Bénéficiaire

**Contrat individuel d'assurance-vie libellé
en euros et/ou en unités de compte**

N° de contrat (sauf à la souscription)

Mes coordonnées

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance/...../.....

Recommandations

> Afin d'éviter toute ambiguïté, il est vivement conseillé d'être le plus précis possible sur l'identité du ou des bénéficiaires désignés. Il peut s'agir :

- de bénéficiaires désignés par leur qualité (neveux,...)
- ou de bénéficiaires nommément désignés (nom, prénom, date de naissance, adresse,...).

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est impératif d'indiquer la répartition du capital entre eux, soit : en pourcentage, « à parts égales », « à défaut » s'ils viennent en rangs successifs. En l'absence de telles précisions, vous serez réputé avoir choisi une répartition « à parts égales ».

Si vous désignez vos enfants (petits-enfants) et afin qu'ils soient tous bénéficiaires, vous devez mentionner « mes enfants nés ou à naître ».

Vous pouvez ajouter la mention « vivant ou représenté », afin que la part due au bénéficiaire prédécédé revienne à ses propres héritiers.

> Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus à appropriée (changement de situation matrimoniale, décès d'un bénéficiaire, ...).

> Il est recommandé de tenir confidentielle l'identité du ou des bénéficiaires désignés.

En cas d'acceptation par le bénéficiaire, effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 132-9-II du Code des assurances (c'est-à-dire soit établie par un avenant signé du souscripteur, du bénéficiaire et de l'assureur, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé du souscripteur et du bénéficiaire et notifié par écrit à l'assureur), la désignation devient en principe irrévocable : le souscripteur ne peut plus sans le consentement du bénéficiaire acceptant, modifier cette désignation, ni procéder à un rachat partiel ou total, à une avance, un nantissement ou une délégation de créance.

Désignation

Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations décrites ci-dessus et vous remercie de bien vouloir noter qu'en cas de décès, les bénéficiaires de mon contrat sont :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A défaut, mes héritiers.

Fait à le/...../..... Signature du souscripteur :



PARTIE A COMPLETER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Veuillez compléter obligatoirement tous les champs marqués *

Merci de retourner ce document dûment complété et signé, obligatoirement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) et d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

APICIL Assurances – Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,
Siège social 38 rue Francois Peissel – 69300 Caluire et Cuire – RCS Lyon 440 839 942 – **Capital** 114.010.000 Euros

Déclaration FATCA
(Foreign Account Tax Compliance Act)
Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT EN CAS DE STATUT DE « PERSONNE AMERICAINE »

Le 14 novembre 2013, la France et les Etats Unis ont signé un accord en vue d'améliorer le respect des obligations fiscales à l'échelle internationale et de mettre en œuvre la loi relative au respect des obligations fiscales concernant les comptes étrangers (« Loi FATCA »).

N° de contrat (sauf à la souscription) :

Civilité : ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ M.

Nom : Prénom : Nom de Jeune Fille :

Date de naissance :

Qualité : ☐ (co) Souscripteur ☐ Bénéficiaire

La question suivante permet de déterminer si vous avez ou non le statut de personne américaine au sens de la loi américaine « FATCA » :

Etes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ?

☐ Je certifie que je ne suis ni citoyen ni résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique.

☐ Je certifie que je suis citoyen ou résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique. Je m'engage à fournir le certificat **W9 dûment complété et signé** et mon identifiant fiscal américain (TIN).

n° TIN :

☐ Je certifie que je ne suis pas (*plus*) citoyen des Etats-Unis d'Amérique, ni résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique, mais je possède un numéro TIN. Je m'engage à fournir le certificat **W-8BEN dûment complété et signé**, et je renseigne mon n° TIN :

➔ **Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente déclaration sont exacts et conformes à la réalité.**

➔ **Je m'engage à joindre les formulaires demandés à la présente attestation et autorise l'Assureur à les communiquer à l'administration fiscale française et américaine.**

➔ **En cas d'absence ou de refus de réponse ou en l'absence de transmission des documents justificatifs demandés, je suis informé(e) que l'Assureur doit déclarer tous les ans mon contrat aux autorités compétentes.**

➔ **Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses apportées à la présente déclaration.**

Fait à le

Signature :
(précédée de la mention « Lu et approuvée »)

Les réponses à cette déclaration sont obligatoires dans le cadre de la réglementation FATCA. Elles sont destinées à l'Assureur et pourront être communiquées à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à Groupe APICIL – Relation Client - 38 rue François Peïssel - 69300 Caluire et Cuire.

07/2014



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 LCBFT. 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⁽¹⁾

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 dès le 1^{er} euro doit être joint.**

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 une 2^{ème} pièce d'identité justifiant de l'identité du client devra être fourni

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).

Cocher la (les) case(s) correspondant à l'opération envisagée. Indiquer dans la partie Commentaires tout élément permettant de mieux appréhender les modalités de réalisation de l'opération.
En cas de réponse positive, un justificatif d'origine/destination des fonds dès le 1^{er} euro doit être obligatoirement joint (sauf indications spécifiques mentionnées ci-dessous).

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) – indiquer les raisons dans la rubrique « Commentaires »
<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 ^{er} euro - indiquer le motif dans la rubrique Commentaires et joindre un Justificatif de destination des fonds dès 50 000 €
<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) – indiquer le motif dans la rubrique Commentaires et joindre un Justificatif de destination des fonds dès 50 000 €.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rachat à destination de l'étranger – indiquer le motif dans la rubrique « Commentaires » et joindre un Justificatif de destination des fonds dès le 1^{er} euro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renonciation – indiquer le motif dans la rubrique « Commentaires »

OUI	NON	ANALYSE DU RISQUE En cas de réponse positive, indiquer les raisons ou motivations dans la partie « Commentaires »
<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) :

Date :	Lieu :
Nom et Prénom du conseiller :	Signature :

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

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