

### **BULLETIN DE SOUSCRIPTION**

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



# Gestion Privée

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



### Bulletin de souscription

Type particulier de souscription : (Joindre les justificatifs nécessaires)	□ EPARGNE HANDICAP □ MINEUR □ TUTELLE	☐ CO-SOUSCRIPTION☐ CURATELLE	Référence	interne Primonial :
Souscripteur / Assuré				
Mme Melle M.				
Nom:				
Né(e) le : / à :				
Adresse:				
Code postal :				
Tél. portable :				
Situation familiale : □ Célibataire, □				
La fonction est exercée ou a été exercée : □ en Vous avez un lien familial ou êtes étroitement Revenus annuels du foyer :	rre et pêche, □Industries extractives, □Industrion d'eau, assainissement, gestion des dé □ Hébergement et restauration, □Informa s et techniques, □ Activités de services ad: t activités récréatives, □ Autres activités tre, agent de maîtrise, □ Agriculteur, □ A □ Chômeur n'ayant jamais travaillé, □ Cle nployé de commerce, □ Etudiant, □Ingén- ects aux particuliers, □ Policier et militaire, rofession intermédiaire de la santé, □ Profe  Exposée (PPE), personne exerçant des for ez la fonction) □ France □ hors France associé avec une PPE: □ non □ oui  Patrimoine total:	mploi/retraite, □Chômeur(se) dustrie manufacturière, □Production schets et dépollution, □Construction, ation et communication, □Activités fi ministratifs et de soutien, □Adminis es extraterritoriales ritisan, □Cadre administratif et comm ergé, religieux, □Commerçant et assi ieur et cadre technique d'entreprise, □ calle Profession libérale, □Professeur, p ession intermédiaire administrative, □ mctions politiques, juridictionnelles ou  (fonction et nature du lien)	et distribution d'éle  Commerce ; rép nancières et d'assu tration publique,  tant qu'employeurs mercial d'entreprise milé,  Employé a Ouvrier agricole, l orofession scientific Technicien,  San administratives ou	aration d'automobiles et rance, □ Activités immo- l Enseignement, □ Santé ; activités indifférenciées e, □ Cadre de la fonction diministratif d'entreprise, □ Ouvrier qualifié, □ Ou- que, □ Profession des mé- is activité professionnelle ayant cessé d'exercer de-
moins de 30.000€   de 30.001 à 50.000€	☐ moins de 100.000€ ☐ de 100.001 à 300.000€	Résidence principale Résidence secondaire		
de 50.001 à 90.000€ de 90.001 à 140.000€	∐ de 300.001 à 450.000€ ☐ de 450.001 à 790.000€	Immobilier locatif Valeurs mobilières, Assu		
☐ de 140.001 à 200.000€	☐ de 790.001 à 2.000.000€	Liquidités, livrets		
□ plus de 200.000€	□ plus de 2.000.000€	Objets d'art		
Durée du contrat		Autres		
☐ Durée viagère ou ☐ Durée déter	rminée deannées à comp	oter de la date d'effet.		
Caractéristiques du versement				
J'effectue un versement initial d'un n		-		-
versements programmés) suivant la rétabli à l'ordre d'APICIL Assurances			que	······
etabli a i ordre d'APICIL Assurances	(tout versement en especes est inte	erait).		
Option versements programme	és			
	ur des versements <u>pr</u> ogrammés d'			
Le prélèvement sera effectué par :				
La répartition des versements progra l'article 8 des Conditions Générales va				
calendaire à réception par APICIL As				
Frais sur versements				
Frais sur versements :				
Répartition du versement initial				
Repartment du versement inna			a 1 rans	0.4 %
	Supports retenus		Codes ISIN	% *
* min. 50€ par support			TOTAL:	100

J'atteste avoir pris connaissance des prospectus simplifiés ou documents d'information clé pour l'investisseur ou notes détaillées visés par l'Autorité des Marchés Financiers présentant les caractéristiques principales des Unités de Compte choisies, disponibles sur le site présentant Gestion Privée et sur le site www.amf-france.org



# Gestion Privée

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



### Bulletin de souscription

Option Garantie Plancher					
Je souscris à l'option Garantie Plancher définie en annexe 1 des Conditions Générales : $\square$ Oui $\square$ Non					
Bénéficiaires en cas de décès					
	☐ En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mon conjoint non divorcé non séparé judiciairement*, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.				
<ul> <li>En cas de décès, je souhaite que le capital cor par parts égales entre eux, à défaut à mes hérit</li> </ul>		ou à naître, vivants ou représentés,			
☐ En cas de décès, je souhaite que le capital cons Maître notaire à défaut selon clause manuscrite, à défaut à mo	à co				
☐ Je complète de façon manuscrite le formulaire	« Clause bénéficiaire libre », à défa	ut à mes héritiers.			
☐ En cas de décès, le capital constitué sera versé	à mes héritiers.				
* Le concubin ou le partenaire titulaire d'un PACS n'étant pas vis le souhait du Souscripteur.	sé par la clause, ils doivent être désignés expres	ssément par la clause bénéficiaire libre si tel est			
Déclarations et signature du souscripteur					
Je déclare avoir une pleine capacité civile à cor	ntracter les présentes.				
<ul> <li>J'atteste avoir en ma possession:</li> <li>&gt;les Conditions Générales et annexes valant note d'information du contrat,</li> <li>&gt;les prospectus simplifiés ou documents d'information clé pour l'investisseur ou notes détaillées des supports en unités de compte retenus disponibles sur le site présentant Gestion Privée et sur le site www.amf-france.org,</li> <li>&gt;la notice d'information fiscale,</li> <li>en avoir pris connaissance et les avoir acceptées.</li> </ul>					
3 Je déclare avoir été clairement informé(e) qu'en investissant sur des unités de compte, je prends à ma charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles que j'ai souscrites, les unités de compte étant sujettes à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.					
4 Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL Assurances, 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE.  J'ai bien noté que ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature du présent Bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.					
J'ai bien pris connaissance de ma faculté de renonciation dans les conditions suivantes : Le souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la réception des Conditions Particulières du contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à APICIL Assurances, 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à l'article 6 des Conditions Générales.					
Fait le : / en trois exemplaires.	Référence Distributeur	Nom, prénom			
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »					
précédée de la mention « lu et approuvé »  Partenaire  Non  Oui - Nom, prénom					



# Gestion Privée

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



### 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 [...]. »

	W + 13			
N° de contrat (sauf à la souscription) :	Montant du versement :			
Civilité : $\square$ Mme $\square$ Melle $\square$ M.				
Nom : Prénom :	Nom de J.F. :			
Origine des fonds		Montant €		
$Transfert\ provenant\ d'autres\ placements\ (Livrets,\ actions,\dots$	)			
Vente immobilière (maison, terrain,)				
Succession ou donation				
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes,	)			
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société	é, commerce,)			
Vente de biens mobiliers (oeuvres d'art, véhicules,)				
Autre:				
	T-+-1			
	Total			
Objectif d'in	vestissement			
☐ Garantir le remboursement d'un prêt	☐ Accroître mon capital			
☐ Préparer la transmission de mon patrimoine	☐ Autre:			
☐ Bénéficier de revenus réguliers				
☐ 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				

 $Conformément à la loi Informatique \ et \ Libertés \ du \ o6/o1/1978 \ modifiée, vous \ disposez \ d'un \ droit \ d'accès \ et \ de \ rectification pour toute information vous concernant \ et \ sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à : Groupe APICIL - Marketing - 38 \ rue \ François Peissel - 69300 \ Caluire \ et \ Cuire \ Cedex.$ 



#### **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 3ème 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 synthése 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



# SYNTHÈSE PATRIMONIALE

## PERSONNE PHYSIQUE

#### 1 · IDENTIFICATION

Original et Copie 1 : Primonial

Votre situation personnelle	
VOUS	VOTRE CONJOINT (remplir obligatoirement dans les cas suivants : marié, pacsé, union libre)
M. Mme Nom - Prénoms :	□ M. □ Mme Nom - Prénoms :
Nom de naissance :	
Né(e) le : à :	
Code postal : Nationalité :	
Pays de naissance :	·
Profession précise :	Profession précise :
(ou ancienne profession si retraité(é))  CSP : Secteur d'activité :	(ou ancienne profession si retraité(é))  CSP : Secteur d'activité :
(Voir classification au verso)	(Voir classification au verso)
2 · VOTRE SITUATION PATRIMONIALE ACTU	JELLE
Situation familiale	
Marié(e) sous le régime : Participation aux acquets Commu	
Pacsé(e) sous le régime : Séparation des patrimoines Indivi	
	☐ Veuf / Veuve ☐ Union libre ☐ Mineur(e) ☐ Émancipé(e)
Régime de protection juridique ( <i>Précisez</i> ) : □ Non □ Oui  Résidence fiscale : □ France □ Autres ( <i>Précisez</i> )	
Personne politiquement exposée	
	itique, juridictionnelle ou administrative importante ? (Voir classification au verso)
	Dans quel pays ? Dans quel pays ?
Une personne de votre famille ou de votre entourage exerce-t-elle ou	a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle
ou administrative importante ? (Voir la liste des fonctions en annexe)	
·	Dans quel pays ?
Quel est le lien avec l'investisseur ou son représentant	
Patrimoine du foyer fiscal	
Estimation globale du patrimoine de votre foyer fiscal :	€
Répartition de votre patrimoine (en %) : Actifs immobiliers : Résidence	r d'investissement (hors SCPI)
Actifs financiers :	ra investissement (nors scen) //
(Compte titres, PEA, assurance vie en UC et en euros, cont	
•	tre 10 % et 25 %
☐ Liquidités :	%
(Livrets, PEL, CEL, compte à terme, LDD, compte courant.  Actifs professionnels:	
Total des revenus annuels de votre foyer fiscal :	
> Revenus professionnels (ou pensions) annuels : Vous :	• •
> Revenus locatifs annuels : Vous : Vous	
> Revenus de valeurs mobilières annuels : Vous :	% Votre conjoint :%
Sous-total = Vous :	% + Votre conjoint : % = 100 %
Quel est le montant global des mensualités de vos engagements finan	Ciers (tous crédits confondus)
Votre taux moyen d'imposition (indiqué sur votre avis d'imposition):	% Imposition à l'IFI ? □ Oui □ Non
3 · ORIGINE DES FONDS ET OBJET DE L'OPÉRAT	TION
Origine des fonds	Objet de l'opération
☐ Épargne déjà constituée	☐ Valorisation de capital
☐ <b>Réalisation d'actifs,</b> lesquels ? :	
☐ <b>Héritage/Donation</b> (joindre un justificatif dès le Tereuro), Origine :	☐ Constitution de capital
☐ Intérêts/dividendes sur stock option	□ Recherche de revenus
☐ Gains aux jeux	□ Recherche de revenus
☐ Indemnisation	□ Nantissement
□ Rachat de contrat, établissement :	
☐ Crédit, établissement :	☐ Transmission patrimoniale
Le montant de l'opération est-il cohérent avec la situation du sousci	ripteur ? 🔲 Oui 🔲 Non Signature au verso

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

- **10** Agriculteurs exploitants
- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise
- 31 Professions libérales et assimilés
- **32** Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise
- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- **46** Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- **56** Personnels des services directs aux particuliers
- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés

- 69 Ouvriers agricoles
- 71 Anciens agriculteurs exploitants
- **72** Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 73 Anciens cadres et professions intermédiaires
- **76** Anciens employes et ouvriers
- 79 Retraités ancienne activité connue
- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 82 Inactifs divers (autres que retraités)
- 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 à	Références Primoni	ial
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 confidential** 

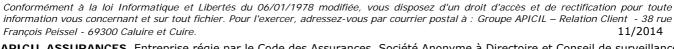
#### JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES JUSTIFICATIFS POUR TOUT VERSEMENT SUPERIEUR OU EGAL A 150.000 EUROS

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 :
- 1º Au titre de la connaissance de la relation d'affaires :
- le montant et la nature des opérations envisagées ;

<ul> <li>la provenance des fonds ;</li> <li>la justification économique déclarée par le client []. »</li> </ul>		
N° de contrat (sauf à la souscription) :	Montant du versement :	
Civilité : □ Mme □ Melle □ M.		
Nom: Prénom:	Nom de J.F	ī::
Origine des fonds		Montant (€)
Transfert provenant d'autres placements (Livrets, actions	,)	
Vente immobilière (maison, terrain,)		
Succession ou donation		
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividende	es,)	
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de soci	iété, commerce,)	
Vente de biens mobiliers (oeuvres d'art, véhicules,)		
Autre :		
	Total :	
Objectif d'investissement (	(à remplir lors du versement initial)	
☐ Garantir le remboursement d'un prêt	☐ Accroître mon capital	
☐ Préparer la transmission de mon patrimoine	□ Autre :	
☐ Bénéficier de revenus réguliers		
☐ Epargner pour réaliser un projet		
<ul> <li>Je certifie sur l'honneur que les sommes qui se d'origine délictueuse au sens de la réglementation rela articles L.561-1 et suivants).</li> <li>Je déclare être pleinement informé(e) du fait réglementaires de déclaration de souveeurs de blanche.</li> </ul>	tive au blanchiment des capitaux (Co	de monétaire et financie
réglementaires de déclaration de soupçons de blanch > Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant exacts et conformes à la réalité.		rigine des fonds » son
Fait àle/	Signature :	







### 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 naissand	ce			
	Recommandations			
désignés. Il p - de - ou Si vous désignementage, « serez réputé av Si vous désignenfants nés ou Vous pouvez a propres héritie > Il est recommentarimoniale	bénéficiaires désignés par leur qualité (neveux,) de bénéficiaires nommément désignés (nom, prénom, date de naissance, adresse,). nez plusieurs bénéficiaires, il est impératif d'indiquer la répartition du capital entre eux, soit : en « à parts égales », « à défaut » s'ils viennent en rangs successifs. En l'absence de telles précisions, vous voir choisi une répartition « à parts égales ». nez vos enfants (petits-enfants) et afin qu'ils soient tous bénéficiaires, vous devez mentionner « mes à naître ». ujouter la mention « vivant ou représenté », afin que la part due au bénéficiaire prédécédé revienne à ses			
racnat partie	Désignation			
	avoir pris connaissance des recommandations décrites ci-dessus et vous remercie de bien 'en cas de décès, les bénéficiaires de mon contrat sont :			
A défaut, mes hé	eritiers.			
Fait à	le/			



### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

#### **DESIGNATION DE L'ORGANISME CREANCIER:**

APICIL ASSURANCES 38 RUE FRANCOIS PEISSEL 69300 CALUIRE ET CUIRE

#### N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS):

FR96ZZZ471254

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL ASSURANCES à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL ASSURANCES.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

#### REFERENCE UNIQUE DU MANDAT :

Je prends acte que la référence unique du mandat, relative au présent document, me sera attribuée et communiquée ultérieurement par APICIL ASSURANCES et en tout état de cause au moins 14 jours avant le premier prélèvement relevant du présent mandat.

Type de mandat : Paiement récurrent / répétitif ⊠ Paiement unique □

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

* Votre nom et prénom :	
* Votre adresse : .	
 	Code postal Ville et pays
* *Votre numéro de contrat :	
*Coordonnées du compte à	débiter :  Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)
Numéro d'i	dentification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)
* Signé le :	* Lieu de signature :
* Signature(s) :	

Merci de retourner ce document dûment <u>complété et signé</u>, 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 :

COURTAGE & SYSTEMES TOUR DE LYON 185 RUE DE BERCY 75012 PARIS

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.

Courtage & Systèmes - Société de courtage en assurances (n° ORIAS 07 005 596 - www.orias.fr) - SAS au capital de 437 000 euros, Siège social Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 PARIS - RCS Paris 487.925.216

#### **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 :
Nom :
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 <b>W9 dûment complété et signé</b> et mon identifiant fiscal américain (TIN).  n° TIN :
□ Je certifie que je ne suis pas ( <i>plus</i> ) 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 <b>W-8BEN dûment complété et signé</b> , 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

Les réponses à cette déclaration sont obligatoires dans le cadre de la règlementation 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 Peissel - 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:	
Dénom	nination Per	rsonne M	orale :		
Monta	nt total bru	t:			
Invest.	Désinvest.	TRANSFER	т		
			Produit :	Montant :	Fournisseur:
			Produit :	Montant :	Fournisseur:
			Produit :	Montant :	Fournisseur:
	En	cas de ré		à toutes les questions mentionnées catif probant d'origine des fonds dé	
OUI	NON				<u> </u>
OUI	NON	Le clier	it est une Personne Politique	ement Exposée ou proche PPE	
			t réside à l'étranger		
_	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) : 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.				
		Le client n'a pas d'activité professionnelle (chômage, rentier, élève, étudiant, etc.)			
				ente à distance — internet, téléphone) pr de l'identité du client devra être fourni	ésent ou est représenté par un tiers



### FICHE DE DILIGENCE CONFIDENTIELLE - LCB/FT

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 1er euro doit être obligatoirement joint (sauf indications spécifiques mentionnées ci-dessous).

001	NON	UPERATIONS DINVESTISSEMENT	001	NUN	UPERATIONS DE DESINVESTISSEMENT
		Le versement unitaire ou cumulé sur 12 mois glissant est supérieur ou égal à 50 000€ pour une personne physique			Demande d'avance dès le 1er euro - indiquer le motif dans la rubrique Commentaires et joindre un Justificatif de destination des fonds dès 50 000 €
		Le versement unitaire ou cumulé sur 12 mois glissant est supérieur ou égal à 500 000€ pour une personne morale			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</b>
		Le paiement est effectué par un tiers (y compris chèque de banque, notaire, CARPA) – <b>indiquer les raisons dans la rubrique « Commentaires »</b>			motif dans la rubrique Commentaires et joindre un Justificatif de destinati des fonds dès 50 000 €.
		La justification d'origine des fonds est incohérente avec la situation déclarée par le client			Rachat à destination de l'étranger – <b>indiquer le motif dans la rubrique</b> «Commentaires » et joindre un Justificatif de destination des fonds dès le 1 <sup>er</sup> euro
		Le paiement est en provenance d'un pays étranger			Renonciation – indiquer le motif dans la rubrique « Commentaires »
		Le versement est effectué par un non résident fiscal français depuis un compte bancaire étranger			
		Le montant du versement programmé mensuel est supérieur ou égal à 100 $\%$ des revenus mensuels du foyer fiscal			
		Le montant de l'opération est supérieur ou égal à 1 an de revenus annuels (tous revenus confondus — hors crédit)			
		Remboursement d'avance dès 50 000 €			
Ь					
OUI	NON		LYSE D		
		ANA			
OUI	NON	ANA En cas de réponse positive, indiquer le	s raisons	ou motiva	ations dans la partie « Commentaires »
OUI	NON	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client	s raisons tificatio	ou motiva	omique ou sans objet licite
OUI	NON	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus	s raisons tificatio	ou motiva	omique ou sans objet licite
OUI	NON  □ □ entaire	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus	s raisons of the state of the s	n écon	omique ou sans objet licite
OUI  Commo	NON	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus	s raisons	n écon	omique ou sans objet licite
OUI  Commo	NON	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus:   : : : : : : : : : : : : : : : : :	s raisons	n écon	omique ou sans objet licite
OUI  Commo	NON  centaire  / Descatif p	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus:  : : : : : : : : : : : : : : : : : :	tificatio	n écon	omique ou sans objet licite
OUI  Commo	NON  centaire  / Descatif p	ANA En cas de réponse positive, indiquer le L'opération est incohérente avec la situation financière et patrimoniale du client L'opération présente un caractère inhabituel, complexe ou atypique ; ou sans jus:   : : : : : : : : : : : : : : : : :	tificatio	n écon	omique ou sans objet licite



# 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	- 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	- 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	- 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	- Fiche de paie - Lettre de licenciement - Solde de tout compte - Levée d'option	Date de versement de la prime
DISTRIBUTION DE DIVIDENDES	- 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	- 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> <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
VENTE DE SOCIÉTÉ COTÉE	<ul> <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
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

PRIMONIAL - SAS 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 Service de Paiement inscrit à l'ORIAS sous le n° 07 023 148. Carte professionnelle « Transaction 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 : 15/19 Avenue de Suffren – 75007 Paris – Téléphone : 01 44 21 71 00. Réf. : DC03078 - 062017.