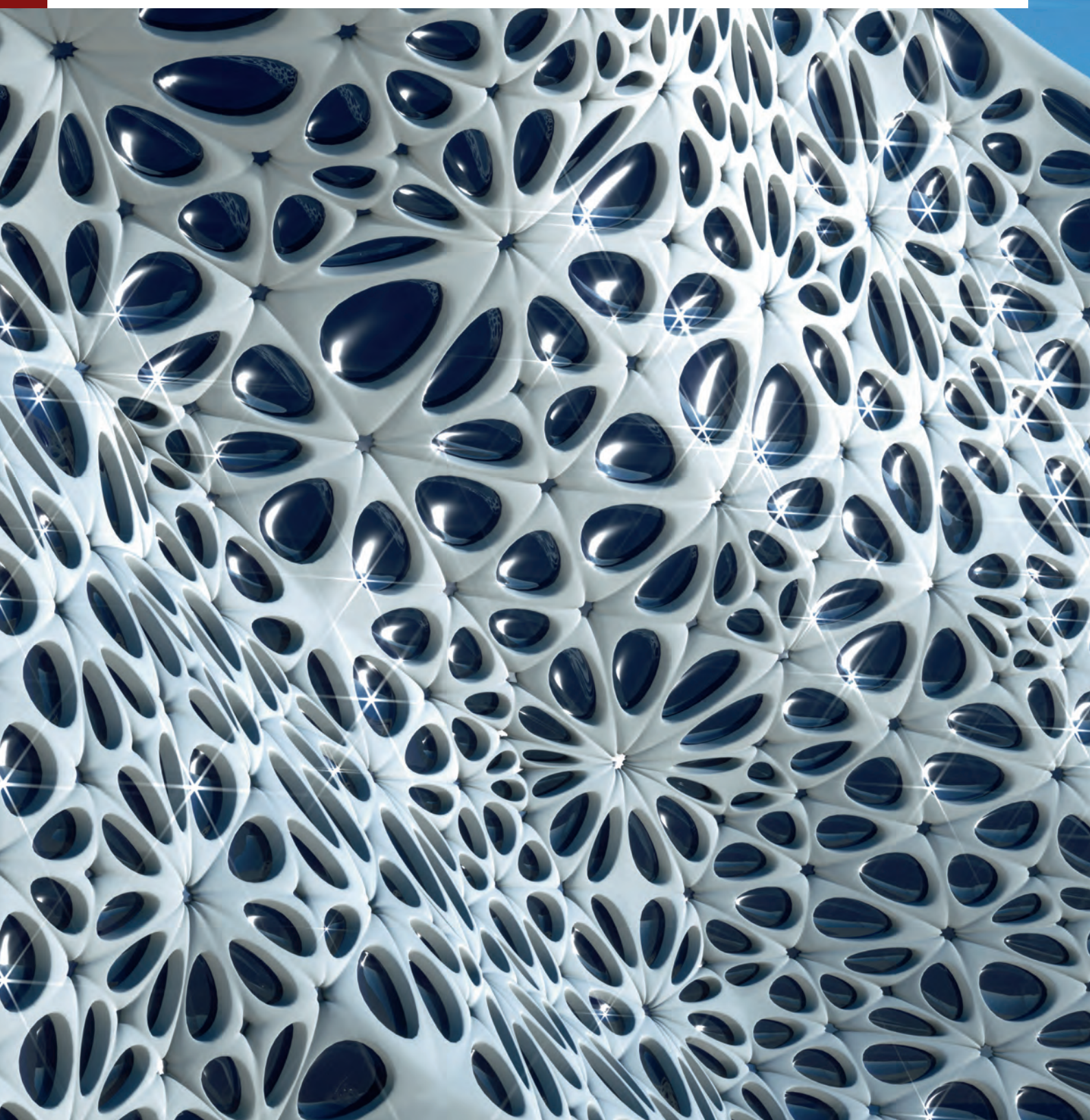


Himalia



Dossier de souscription



Mode d'emploi

Avant de remplir chaque liasse, n'oubliez pas d'utiliser cette feuille cartonnée détachable afin d'éviter tout risque de duplication.

Toutes les pages du Bulletin de souscription et de l'annexe « Valeurs de rachat » doivent **obligatoirement** être retournées à l'Assureur. À défaut, votre Bulletin de souscription ne pourra être accepté et vous sera renvoyé.

Comment remplir votre bulletin ?

A. Identité du Souscripteur/Assuré

Le Souscripteur est la personne physique qui souscrit le contrat d'assurance. C'est aussi le payeur de prime. L'Assuré est la personne physique sur laquelle repose le risque garanti par la souscription. La co-souscription n'est possible que pour les couples mariés sous le régime de la communauté légale ou de la communauté universelle.

Sauf stipulation contraire, le versement du capital en cas de décès sera effectué au 1^{er} décès. Le versement du capital au 2nd décès n'est possible que dans le cadre de la communauté universelle avec attribution intégrale au conjoint survivant. Dans ce cas, la case « Versement du capital au 2nd décès » doit être cochée dans le **pavé A**.

Vous devez répondre aux questions relatives aux personnes politiquement exposées et vous référer au document « Pièces nécessaires à la souscription » pour connaître leur définition.

B. Questionnaire FATCA / CRS - OCDE

Répondez obligatoirement aux quatre questions FATCA / CRS - OCDE, à défaut le Bulletin de souscription vous sera retourné.

C. Durée du contrat

Indiquez dans le **pavé C**, la durée souhaitée de votre contrat.

- **Durée viagère** : le contrat se dénoue au décès de l'Assuré ou par le rachat total. Vous êtes libre d'y mettre fin à tout moment.
- **Durée déterminée** : la prestation consiste à verser un capital à l'Assuré en vie au jour du terme du contrat. La durée minimum conseillée de 8 ans est préconisée pour minimiser au mieux la fiscalité des revenus réalisés. La durée que vous allez indiquer détermine le terme de votre contrat. Au-delà de ce terme, le contrat se prolongera normalement et sans limitation de durée. Bien entendu, vous pouvez y mettre fin totalement par rachat. Le décès de l'Assuré entraîne également la clôture du contrat. Les capitaux sont alors versés aux bénéficiaires désignés en cas de décès.

D. Montant de la souscription

Indiquez dans le **pavé D1**, le montant de votre versement en chiffres puis en toutes lettres (minimum de 5 000 € ou de 1 000 € si le choix de mise en place de versements libres programmés est effectué dans le cadre de la gestion libre). Dans le cadre de la gestion libre, indiquez dans le **pavé E1**, la répartition de votre versement sur les supports que vous avez sélectionnés. Précisez dans le **pavé D2**, la provenance de votre versement. Dans certains cas, il conviendra de compléter l'annexe « Instrument de paiement » jointe à la Note d'information valant Conditions générales. Si vous souhaitez mettre en place des versements libres programmés, indiquez dans le **pavé D3** leur montant et leur périodicité. Vous pouvez opter pour l'augmentation automatique annuelle du montant de vos versements libres programmés : cocher la case correspondante. Dans le cadre de la gestion libre, indiquez dans le **pavé E2**, la répartition de votre versement libre programmé sur les supports que vous aurez sélectionnés.

E. Option de gestion

Cochez la case correspondant à l'option de gestion sélectionnée dans le **pavé E**. Dans le cadre de la gestion libre, précisez la répartition de votre versement initial **pavé E1** ou de vos versements libres programmés **pavé E2** selon les supports que vous avez sélectionnés et qui sont listés dans l'annexe financière de la Note d'information valant Conditions générales.

Dans le cadre de la gestion pilotée, désignez l'orientation de gestion **pavé E3** qui convient à votre objectif et à votre profil de risque. Dans ce cas, l'investissement doit au moins être égal à 5 000 euros sur l'orientation de gestion sélectionnée. Si vous choisissez de mettre en place des versements libres programmés **pavé E4**, ceux-ci seront investis exclusivement sur les supports de l'orientation de gestion sélectionnée. Si vous investissez sur le fonds croissance G Croissance 2014, quelle que soit l'option de gestion

choisie, vous devez préciser, par Engagement, une durée (minimum 8 ans et maximum 30 ans) et un niveau de garantie des sommes versées nettes de frais (minimum 80 %, maximum 100 %, par pas de 1 %). Vous pouvez choisir jusqu'à trois (3) Engagements. Dans le cas où vous souhaiteriez mettre en place des versements libres programmés sur ce fonds, vous devez procéder à un versement libre au préalable.

F. Options

Vous pouvez également souscrire à d'autres options telles que les transferts programmés, la sécurisation des plus-values, la dynamisation des plus-values, la limitation des moins-values, la limitation des moins-values relatives ou les rachats partiels programmés.

G. Options garanties de prévoyance

Chaque garantie est exclusive l'une de l'autre. Le bénéfice de la garantie de prévoyance n'est accordé que si l'(les) Assuré(s) est (sont) âgé(s) de plus de 12 ans et de moins de 75 ans pour les garanties « Plancher » et « Vie universelle ». La garantie « Vie entière » ne peut être retenue dans le cadre d'un contrat de durée déterminée.

H. Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Remplissez obligatoirement l'annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts », à joindre au Bulletin de souscription. À défaut le Bulletin de souscription ne pourra être accepté et vous sera renvoyé ainsi que votre versement.

I. Accès à la consultation en ligne

Vous avez accès à la consultation de votre contrat en ligne.

J. Données financières et patrimoniales

Indiquez dans le **pavé J**, les revenus annuels de votre foyer ainsi que l'estimation de votre patrimoine. Ce **pavé J doit être obligatoirement complété**, ces informations étant recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

K. Objectif du versement

Indiquez dans le **pavé K**, l'objectif principal de votre placement. Cochez un ou plusieurs objectifs. Ces informations sont recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

L. Origine des fonds affectés à l'opération

Cochez et renseignez dans le **pavé L**, toutes les origines des fonds affectés à l'opération. Ces informations sont obligatoires quel que soit le montant versé et sont recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

M. Commentaires

Indiquez toute information complémentaire.

N. Bénéficiaire(s) en cas de décès de l'Assuré

Complétez le **pavé N** :

- si la clause bénéficiaire standard vous convient, cochez la case ;
- dans le cas contraire, rédigez votre clause bénéficiaire de la façon la plus complète possible.

O. Bénéficiaire en cas de vie de l'Assuré

Cette clause ne peut être retenue que dans le cadre d'un contrat à durée déterminée.

P. Signatures

Datez et apposez votre signature dans le **pavé P**.



A. Souscripteur/Assuré

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

☐ Nouveau client
☐ Client existant N° de contrat _____

Ancienneté de la relation avec Generali Vie ☐ Moins d'un an
☐ Plus d'un an

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Adresse _____

Code postal _____ Ville _____
Résidence fiscale _____
Situation familiale ☐ Célibataire (dont veuf(ve) ou divorcé(e))
☐ Marié(e) dont séparé(e) ☐ Union libre/pacsé(e)
Date de naissance _____
Lieu de naissance _____ Département _____
Pays _____
Nationalité ☐ France ☐ Union Européenne (UE)
☐ Pays hors UE. Préciser _____

Profession ⁽¹⁾ _____ Code CSP ⁽²⁾ _____
Si TNS : Code NAF ⁽²⁾ _____ N° de SIREN _____
Téléphone _____
e-mail _____

Document présenté ☐ CNI ☐ Passeport ☐ Permis de conduire
☐ Carte de séjour ou de résident

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

☐ OUI ☐ NON
Si oui : Quelle fonction ? _____
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 ? ⁽³⁾

☐ OUI ☐ NON
Si oui : Quelle fonction ? _____
Dans quel pays ? _____

Quel est le lien avec le Souscripteur ou le Co-Souscripteur ?

Si une réponse positive est apportée à l'une des questions ci-dessus, un justificatif sur l'origine des fonds devra être joint au Bulletin.

Hors souscription démembrée, la co-souscription n'est possible que pour les couples mariés sous le régime de la communauté légale ou sous le régime de la communauté universelle ou tout autre régime séparatiste assimilé à un régime de communauté légale pour les besoins du fonctionnement de la société d'acquêts qui le compose. Sauf stipulation contraire, le versement du capital, en cas de décès, sera effectué au premier (1^{er}) décès.

☐ Versement du capital au second décès ⁽⁴⁾.
☐ Souscription dans le cadre d'un démembrement. À titre dérogatoire, dans cette hypothèse, les parties acceptent que seul le nu-propriétaire aura la qualité d'assuré.

⁽¹⁾ Si vous êtes retraité(s) ou sans emploi, merci d'indiquer la dernière profession exercée.

⁽²⁾ Merci de vous reporter au document « Pièces nécessaires à la souscription ».

⁽³⁾ Merci de vous reporter au document « Pièces nécessaires à la souscription » dans lequel figure la Définition des personnes politiquement exposées (PPE).

⁽⁴⁾ Le versement du capital au second décès est possible dès lors que les époux se sont consenti un avantage matrimonial (clause de préciput ou clause d'attribution intégrale) qui le permet.

A. Co-Souscripteur/Co-Assuré

☐ Nouveau client
☐ Client existant N° de contrat _____

Ancienneté de la relation avec Generali Vie ☐ Moins d'un an
☐ Plus d'un an

☐ Monsieur ☐ Madame
Nom _____
Prénom _____
Nom de naissance _____
Adresse _____

Code postal _____ Ville _____
Résidence fiscale _____
Situation familiale ☐ Célibataire (dont veuf(ve) ou divorcé(e))
☐ Marié(e) dont séparé(e) ☐ Union libre/pacsé(e)
Date de naissance _____
Lieu de naissance _____ Département _____
Pays _____
Nationalité ☐ France ☐ Union Européenne (UE)
☐ Pays hors UE. Préciser _____

Profession ⁽¹⁾ _____ Code CSP ⁽²⁾ _____
Si TNS : Code NAF ⁽²⁾ _____ N° de SIREN _____
Téléphone _____
e-mail _____

Document présenté ☐ CNI ☐ Passeport ☐ Permis de conduire
☐ Carte de séjour ou de résident

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

☐ OUI ☐ NON
Si oui : Quelle fonction ? _____
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 ? ⁽³⁾

☐ OUI ☐ NON
Si oui : Quelle fonction ? _____
Dans quel pays ? _____

Quel est le lien avec le Souscripteur ou le Co-Souscripteur ?

Si une réponse positive est apportée à l'une des questions ci-dessus, un justificatif sur l'origine des fonds devra être joint au Bulletin.

Paraphe(s)

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**

B. Questionnaire FATCA/CRS-OCDE

Du fait :

- de la réglementation concernant l'échange automatique et obligatoire d'informations dans le domaine fiscal entre les pays de l'Union Européenne,
- de la réglementation concernant l'échange automatique et obligatoire d'informations dans le domaine fiscal résultant des accords bilatéraux ou multilatéraux signés par la République française,
- des règles édictées par le gouvernement américain en matière de lutte contre l'évasion fiscale (loi FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act - loi fiscale sur la déclaration des avoirs américains investis à l'étranger) et de l'accord subséquent conclu le 14 novembre 2013 entre les gouvernements français et américain,

Generali Vie est dans l'obligation de collecter les informations suivantes afin de déterminer de quel(s) pays vous êtes contribuable. Pour cette raison, nous vous demandons de répondre aux questions ci-dessous :

Souscripteur/Assuré

1. Je suis citoyen des États-Unis d'Amérique ☐ Oui ☐ Non
 2. Je suis résident fiscal* des États-Unis d'Amérique ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché « Oui » à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas signer le présent Bulletin de souscription. Nous vous invitons dans ce cas à vous rapprocher de votre Intermédiaire d'assurance.

Si vous avez coché « Non » aux deux questions ci-dessus, nous vous invitons à répondre aux deux questions suivantes :

3. Je possède un numéro d'immatriculation fiscal des États-Unis d'Amérique (TIN) mais je ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique
☐ Oui TIN n° _____ ☐ Non
 4. Êtes-vous résident fiscal* dans un pays autre que la France ?
☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** » à la question 4, merci d'indiquer le/les pays dans lequel (lesquels) vous avez des obligations déclaratives en matière fiscale ainsi que le numéro d'identification fiscal (NIF) correspondant lorsque le pays en délivre un :

Nom du pays _____ NIF _____
 Nom du pays _____ NIF _____

En signant le présent Bulletin de souscription, je certifie que je ne suis pas citoyen des États-Unis d'Amérique ni résident fiscal des États-Unis d'Amérique.

Je m'engage à fournir à l'Assureur le certificat **W-8BEN** si je possède un TIN mais ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique. Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses communiquées ci-dessus.

* La définition de résident fiscal des États-Unis d'Amérique au sens de la réglementation FATCA ainsi que la méthode d'appréciation de la résidence fiscale sont indiquées à l'article « **Réglementation relative à l'échange automatique de renseignements en matière fiscale** » de la Note d'information valant Conditions générales.

Co-Souscripteur/Co-Assuré

1. Je suis citoyen des États-Unis d'Amérique ☐ Oui ☐ Non
 2. Je suis résident fiscal* des États-Unis d'Amérique ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché « Oui » à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas signer le présent Bulletin de souscription. Nous vous invitons dans ce cas à vous rapprocher de votre Intermédiaire d'assurance.

Si vous avez coché « Non » aux deux questions ci-dessus, nous vous invitons à répondre aux deux questions suivantes :

3. Je possède un numéro d'immatriculation fiscal des États-Unis d'Amérique (TIN) mais je ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique
☐ Oui TIN n° _____ ☐ Non
 4. Êtes-vous résident fiscal* dans un pays autre que la France ?
☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** » à la question 4, merci d'indiquer le/les pays dans lequel (lesquels) vous avez des obligations déclaratives en matière fiscale ainsi que le numéro d'identification fiscal (NIF) correspondant lorsque le pays en délivre un :

Nom du pays _____ NIF _____
 Nom du pays _____ NIF _____

En signant le présent Bulletin de souscription, je certifie que je ne suis pas citoyen des États-Unis d'Amérique ni résident fiscal des États-Unis d'Amérique.

Je m'engage à fournir à l'Assureur le certificat **W-8BEN** si je possède un TIN mais ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique. Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses communiquées ci-dessus.

C. Durée du contrat (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé C de « Comment remplir votre bulletin ? »)

- ☐ Durée viagère ☐ Durée Déterminée : _____ ans (minimum 8 ans)

D. Montant de la souscription (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé D de « Comment remplir votre bulletin ? »)

D1. Montant total du versement initial _____ € (minimum 5 000 euros ou 1 000 euros si versements libres programmés)
 _____ (Somme en toutes lettres)

D2. Moyen de paiement

La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Souscripteur ? ☐ Oui ⁽⁵⁾ ☐ Non ⁽⁶⁾
 L'instrument de paiement émane-t-il d'un établissement de crédit situé sur le territoire français ? ☐ Oui ☐ Non ⁽⁶⁾

⁽⁵⁾ Joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires au paiement complétés et signés.

⁽⁶⁾ Dans la négative, compléter l'annexe « Instrument de paiement ».

- ☐ Par chèque ci-joint n° _____ établi exclusivement à l'ordre de Generali Vie et tiré sur le compte ouvert auprès de la banque _____
☐ Par virement (joindre obligatoirement une copie de l'avis d'exécution de virement et un RIB ou un RICE) sur le compte de Generali Vie ouvert dans les livres de la Société Générale - IBAN : FR76 3000 3033 9100 0500 1156 079 - BIC : SOGEFRPP

Nom du Souscripteur _____
 Prénom du Souscripteur _____
 Date de naissance [][][][][][][][][]

Nom du Co-Souscripteur _____
 Prénom du Co-Souscripteur _____
 Date de naissance [][][][][][][][][]

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
 dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
 L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
 imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 7 8 4 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

2/7

D. Montant de la souscription (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé C de « Comment remplir votre bulletin ? ») (suite)

Tout versement en espèces est exclu.

D3. Versements libres programmés (joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires à la mise en place des prélèvements automatiques dûment remplis dont le mandat de prélèvement.)

- ☐ J'opte pour des versements libres programmés d'un montant de _____ € selon une périodicité :
- ☐ Mensuelle (minimum 150 €) ☐ Trimestrielle (minimum 300 €) ☐ Semestrielle (minimum 500 €) ☐ Annuelle (minimum 1 000 €)
- ☐ J'opte pour l'augmentation automatique annuelle de mes versements libres programmés au taux de 3 %.

E. Options de gestion (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé E de « Comment remplir votre bulletin ? »)

1. Gestion libre

E1. ☐ Je répartis mon versement initial comme suit :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant Mini. 1 000 € par support
Fonds en euros Actif Général de Generali Vie		_____ €
Fonds en euros Elixence*		_____ €
Fonds en euros Euro Innovalia**		_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total ⁽⁷⁾		_____ €

* au moins 50 % du montant total du versement doivent être investis sur des supports en unités de compte.

** au moins 40 % du montant total du versement doivent être investis sur des supports en unités de compte.

		Montant Mini. 1 000 € par engagement
Fonds croissance « G Croissance 2014 » : Vous pouvez choisir jusqu'à 3 Engagements.		
Engagement 1 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %		_____ € ⁽⁸⁾
Engagement 2 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %		_____ € ⁽⁹⁾
Engagement 3 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %		_____ € ⁽¹⁰⁾
Total ⁽⁷⁺⁸⁺⁹⁺¹⁰⁾		_____ €

*** Minimum 8 ans, maximum 30 ans. Si mon contrat est de durée déterminée, la durée de mon (mes) Engagement(s) ne peut être supérieure à la durée de mon contrat.

⁽¹¹⁾ Minimum 80 %, maximum 100 %; par pas de 1 %.

E2. ☐ J'opte pour des versements libres programmés⁽¹²⁾ :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant Mini. 150 € par support ou par engagement
Fonds en euros Actif Général de Generali Vie		_____ €
Fonds croissance « G Croissance 2014 » ⁽¹³⁾ :		
Engagement 1 _____		_____ €
Engagement 2 _____		_____ €
Engagement 3 _____		_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total		_____ €

⁽¹²⁾ Les fonds en euros Euro Innovalia et Elixence ne peuvent pas être choisis dans le cadre de versements libre programmés.

⁽¹³⁾ Le fonds croissance doit être préalablement investi avant toute mise en place de versements libres programmés.

2. Gestion pilotée

E3. ☐ Je sélectionne une seule des orientations de gestion suivantes :

- Edmond de Rothschild Asset Management : ☐ Profil « Liberté »
- DNCA Finance : ☐ Profil « Diversifié Équilibre »
- Financière de l'Échiquier : ☐ Profil « Prudent » ☐ Profil « Carte Blanche »
- Rothschild & Cie Gestion : ☐ Profil « Dynamique »

Orientation de gestion sélectionnée : _____ €⁽¹⁴⁾ (minimum 5 000 euros)

ET j'investis, dans la limite de 45 % de mon versement : ☐ sur le(s) fonds en euros :

☐ Actif Général de Generali Vie _____ € et/ou ☐ Euro Innovalia _____ € Total⁽¹⁵⁾ : _____ €

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

Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _____

Paraphe(s)



* 0 0 7 8 4 *

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

3/7

E. Options de gestion (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé E de « Comment remplir votre bulletin ? ») (suite)

Et/ou

☐ sur le(s) support(s) nécessitant la signature d'un avenant d'investissement spécifique :

Libellé(s)	Code(s) ISIN	Montant
		€
		€
		€
		€
Total ⁽¹⁶⁾		€

Et/ou

☐ sur le fonds croissance « G Croissance 2014 » :

	Montant
	Mini. 1 000 € par engagement
Engagement 1 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %	€ ⁽¹⁷⁾
Engagement 2 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %	€ ⁽¹⁸⁾
Engagement 3 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹¹⁾ : _____ %	€ ⁽¹⁹⁾
Total ⁽¹⁴⁺¹⁵⁺¹⁶⁺¹⁷⁺¹⁸⁺¹⁹⁾	€

*** Minimum 8 ans, maximum 30 ans. Si mon contrat est de durée déterminée, la durée de mon (mes) Engagement(s) ne peut être supérieure à la durée de mon contrat.

⁽¹¹⁾ Minimum 80 %, maximum 100 %; par pas de 1 %.

E4. ☐ J'opte pour des versements libres programmés (les versements libres programmés sont investis exclusivement sur les supports composant l'orientation de gestion sélectionnée).

F. Options

Ces options sont exclusives les unes des autres. Le fonds croissance n'est éligible à aucune de ces options.

Seules les options transferts programmés et sécurisation des plus-values sont compatibles avec les versements libres programmés. Les options limitation des moins-values et limitation des moins-values relatives sont compatibles avec l'ensemble des options.

☐ J'opte pour des rachats partiels programmés (joindre un RIB ou un RICE)

Périodicité et montant du rachat : ☐ Mensuelle : _____ € (minimum 200 €)
☐ Trimestrielle : _____ € (minimum 500 €)
☐ Semestrielle : _____ € (minimum 1 000 €)
☐ Annuelle : _____ € (minimum 1 000 €)

Dans le cadre de la gestion libre

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le(s) support(s) à désinvestir (hors fonds croissance) doit être égale à 1 000 euros.

Choix du (des) support(s) à désinvestir :

☐ au prorata des supports du contrat hors fonds croissance ou ☐ selon la répartition suivante :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
		€
		€
		€
Total		€

Dans le cadre de la gestion pilotée

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le(s) fonds en euros Actif Général de Generali Vie et/ou Euro Innovalia doit être égale à 10 000 euros.

Choix du (des) fonds en euros à désinvestir :

Actif Général de Generali Vie _____ € Euro Innovalia _____ €

Pour les produits attachés aux primes versées avant le 27.09.2017, je choisis l'option fiscale suivante * :

☐ Prélèvement forfaitaire libératoire (et je précise que le montant à désinvestir est brut ou net de prélèvement fiscal : ☐ brut ☐ net)
☐ Intégration des produits dans ma déclaration d'ensemble des revenus

Les produits afférents aux primes versées à compter du 27.09.2017 sont soumis à un prélèvement forfaitaire obligatoire (aucune option fiscale ne peut être sélectionnée au moment du règlement de ces produits) *

☐ Je réside fiscalement à l'étranger et je souhaite bénéficier de l'application de la convention fiscale internationale, s'il en existe une et sous réserve des conditions d'application de celle-ci (à défaut le prélèvement fiscal sera effectué au taux français*)

*Sauf application d'un régime particulier d'exonération ou d'une enveloppe fiscale spécifique.

☐ J'opte pour des transferts programmés (uniquement en gestion libre)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le fonds en euros Actif Général de Generali Vie ou sur le fonds en euros Euro Innovalia ou sur le support en unités de compte sélectionné doit au moins être égale à 10 000 euros.

Périodicité et montant de l'arbitrage (minimum 200 €) :

☐ Hebdomadaire : _____ € ☐ Mensuelle : _____ € ☐ Trimestrielle : _____ €
☐ du fonds en euros Actif Général de Generali Vie ou ☐ du fonds en euros Euro Innovalia

ou

☐ du support en unités de compte* : Libellé _____ Code ISIN _____

Nom du Souscripteur _____

Nom du Co-Souscripteur _____

Prénom du Souscripteur _____

Prénom du Co-Souscripteur _____

Date de naissance _____

Date de naissance _____

Paraphe(s)



* 0 0 7 8 4 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

4/7

F. Options

Vers le(s) support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
		€
		€
		€
		€

* La liste des supports en unités de compte non éligibles définis dans la Note d'information valant Conditions générales.

☐ **J'opte pour la sécurisation des plus-values** (uniquement en gestion libre)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le contrat (hors fonds croissance) doit au moins être égale à 10 000 euros.

De	Pourcentage de plus-value de référence				Vers (Un seul support de sécurisation peut être sélectionné) :
	5 %	10 %	15 %	20 %	
<input type="checkbox"/> La totalité des supports autres que le(s) fonds en euros, présents et à venir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonds en euros Actif Général de Generali Vie
<input type="checkbox"/> Du (des) support(s) suivant(s) (libellé(s) et code(s) ISIN) :					<input type="checkbox"/> Amundi Dynarbitrage Volatilité P (FR0010191866)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Managed Growth (LU1401871436)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carmignac Patrimoine A EUR ACC (FR0010135103)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echiquier Patrimoine (FR0010434019)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EdR Fd Income Europe A EUR (LU0992632538)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eurose C (FR0007051040)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GF Fidélité (FR0010113894)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Prudence P (FR0007494760)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Trésorerie B (FR0010233726)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GIS Euro Corporate Bds Dx Cap (LU0145483946)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SG Liquidité PEA (C) (FR0007010657)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sycomore L/S Market Neutral R (FR0010231175)

☐ **J'opte pour la dynamisation des plus-values** (uniquement en gestion libre)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le fonds en euros Actif Général de Generali Vie doit au moins être égale à 10 000 euros, avec un minimum par support de 100 euros à arbitrer.

Du fonds en euros Actif Général de Generali Vie vers le(s) supports de dynamisation suivant(s) (les indiquer dans l'ordre de priorité souhaité) :

Libellé(s)	Code(s) ISIN
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} support :	
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} support :	
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} support :	

La répartition sera fonction du nombre de supports de dynamisation choisi et se fera conformément à la Note d'information valant Conditions générales.

☐ **J'opte pour la ☐ limitation des moins-values Ou ☐ limitation des moins-values relatives**

Ces options sont exclusives l'une de l'autre et accessibles uniquement en gestion libre.

Je choisis les supports et le pourcentage de moins-value de référence :

Support(s) bénéficiant de la limitation (Libellé(s) et Code(s) ISIN)	Pourcentage de moins-value de référence				Support(s) réceptacle(s)
	5 %	10 %	15 %	20 %	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonds en euros Actif Général de Generali Vie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Dynarbitrage Volatilité P (FR0010191866)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Managed Growth (LU1401871436)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carmignac Patrimoine A EUR ACC (FR0010135103)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echiquier Patrimoine (FR0010434019)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EdR Fd Income Europe A EUR (LU0992632538)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eurose C (FR0007051040)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GF Fidélité (FR0010113894)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Prudence P (FR0007494760)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Trésorerie B (FR0010233726)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GIS Euro Corporate Bds Dx Cap (LU0145483946)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SG Liquidité PEA (C) (FR0007010657)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sycomore L/S Market Neutral R (FR0010231175)

Nom du Souscripteur _____ Nom du Co-Souscripteur _____
 Prénom du Souscripteur _____ Prénom du Co-Souscripteur _____
 Date de naissance _____ Date de naissance _____

Paraphe(s)



Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
 dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
 L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
 imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

G. Options garanties de prévoyance

Chaque garantie est exclusive l'une de l'autre.

Les conditions d'accès à la garantie de prévoyance souscrite (notamment relative à l'âge de(s) Assuré(s)) sont définies à l'annexe 2 « Options garanties de prévoyance » de la Note d'information valant Conditions générales.

- ☐ J'opte pour la garantie plancher et l'une des options suivantes : ☐ Option 1 - « Plancher simple » ☐ Option 2 - « Plancher Indexée »
☐ J'opte pour la garantie « Vie Universelle » * - Montant du capital assuré : _____ € (y compris valeur atteinte)
☐ J'opte pour la garantie « Vie Entière » * - Montant du capital assuré : _____ € (y compris valeur atteinte)
(Cette garantie ne peut pas être retenue dans le cadre d'un contrat de durée déterminée).

* Remplir obligatoirement le formulaire de déclaration du risque joint au Bulletin de souscription.

H. Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Vous devez obligatoirement joindre à votre Bulletin de souscription l'annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » complétée et signée qui fait partie intégrante dudit Bulletin. À défaut de document correctement rempli, le Bulletin de souscription ne pourra pas être accepté et vous sera renvoyé ainsi que votre versement.

I. Accès à la consultation en ligne

- ☒ En souscrivant au contrat **Himalia**, j'ai accès à la consultation de mon contrat en ligne. Le code d'accès sera attribué selon les règles prévues par l'article « Consultation et gestion du contrat en ligne » et de l'annexe 3 « Consultation et gestion du contrat en ligne » de la Note d'information valant Conditions générales. Si je dispose déjà d'un code d'accès aux services en ligne pour d'autres contrats de Generali Vie, accessibles via le site www.acces-clients.com ou via la boutique virtuelle de mon Intermédiaire d'assurance, je demande à ce que cette nouvelle souscription soit également accessible via ce même code.

J. Données financières et patrimoniales

Revenus annuels du foyer

- ☐ 0 à 25 000 € ☐ > 100 000 € à 150 000 €
☐ > 25 000 € à 50 000 € ☐ > 150 000 € à 300 000 €
☐ > 50 000 € à 75 000 € ☐ > 300 000 €
☐ > 75 000 € à 100 000 € Préciser : _____ €

Estimation du patrimoine du foyer

- ☐ 0 à 100 000 € ☐ > 1 000 000 € à 2 000 000 €
☐ > 100 000 € à 300 000 € ☐ > 2 000 000 € à 5 000 000 €
☐ > 300 000 € à 500 000 € ☐ > 5 000 000 € à 10 000 000 €
☐ > 500 000 € à 1 000 000 € ☐ > 10 000 000 €
Préciser : _____ €

K. Objectifs du versement (cocher un ou plusieurs objectifs)

- ☐ Transmettre un capital à mes héritiers ou à des tiers ☐ Constituer un capital à horizon de plus de 8 ans
☐ Utiliser le contrat d'assurance comme un instrument de garantie ☐ Financer un projet futur
☐ Disposer de revenus complémentaires immédiats ☐ Autre (préciser) : _____
☐ Disposer de revenus complémentaires futurs (retraite)

L. Origine des fonds affectés à l'opération (Renseigner les dates et/ou les montants correspondant aux rubriques cochées)

Nature	Date	Montant de l'opération	Nature	Date	Montant de l'opération
<input type="checkbox"/> Épargne		_____ €	<input type="checkbox"/> Cession d'actifs		_____ €
<input type="checkbox"/> Revenus		_____ €	<input type="checkbox"/> Mobiliers		_____ €
<input type="checkbox"/> Héritage		_____ €	<input type="checkbox"/> Immobilier		_____ €
<input type="checkbox"/> Donation		_____ €	<input type="checkbox"/> Professionnels		_____ €
<input type="checkbox"/> Gains au jeu ⁽²⁰⁾		_____ €	<input type="checkbox"/> Autres		_____ €
<input type="checkbox"/> Autres ⁽²⁰⁾		_____ €	(Préciser) _____		_____ €
(Préciser) _____		_____ €			_____ €
		Total A _____ €			Total B _____ €
					Total ⁽²¹⁾ A + B _____ €

⁽²⁰⁾ Justificatif obligatoire.

⁽²¹⁾ À renseigner y compris le montant annualisé du versement programmé.

M. Commentaires

N. Bénéficiaire(s) en cas de décès de l'Assuré (Reportez-vous au **pavé N** de « Comment remplir votre bulletin ? »)

- ☐ Le conjoint ou le partenaire de PACS de l'Assuré, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
☐ Ou autre(s) Bénéficiaire(s) ⁽²²⁾ _____, à défaut les héritiers de l'Assuré.

⁽²²⁾ Les nom, prénom, nom de naissance, date et lieu de naissance des bénéficiaires ainsi que leur adresse doivent être indiqués. Vous pouvez également rédiger votre clause bénéficiaire de la façon la plus complète possible sur l'annexe jointe à votre Bulletin.

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____	Paraphe(s)
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____	
Date de naissance [][][][][][][][][]	Date de naissance [][][][][][][][][]	

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 7 8 4 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

6/7

O. Bénéficiaire en cas de vie de l'Assuré

☒ L'Assuré.

Cette clause ne peut être retenue que dans le cadre d'un contrat à durée déterminée.

P. Signature(s)

Merci de bien vouloir apposer votre (vos) signature(s) dans le(s) cadre(s) ci-dessous.

À défaut de réception de vos Conditions particulières dans un délai de trente (30) jours, veuillez en aviser l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Souscripteur atteste avoir préalablement reçu, en temps utile, le Document d'Informations Clés du contrat **Himalia** et en avoir pris connaissance.

Le Souscripteur reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information valant Conditions générales du contrat **Himalia** (réf.PA8301CGN) remise avec un exemplaire du présent Bulletin de souscription, (en ce compris son annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » signée ce même jour) et notamment des conditions d'exercice du droit de renonciation. Ces deux documents constituent la Proposition d'assurance.

Le Souscripteur reconnaît avoir reçu les documents d'informations clés pour l'investisseur, notes détaillées et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation, des supports en unités de compte sélectionnés dans le présent Bulletin de souscription, tant pour son versement initial que pour les options de gestion qu'il a choisies, et pris connaissance de leurs principales caractéristiques.

Les documents d'informations clés pour l'investisseur, notes détaillées et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation, des supports en unités de compte présents au contrat sont disponibles sur simple demande auprès de son Intermédiaire d'assurance ou via le site internet des sociétés de gestion.

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

Le Souscripteur déclare avoir été clairement informé que les montants investis au titre des engagements donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers.

Le Souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des caractéristiques de la garantie de prévoyance éventuellement souscrite, ainsi que son mode de tarification, définies dans l'annexe 2 « Options garanties de prévoyance » de la Note d'information valant Conditions générales.

Le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de signature du Bulletin de souscription. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Generali Vie - TSA 70007 - 75447 Paris Cedex 09. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la Proposition d'assurance.

Fait à _____,

le

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

Signature du Souscripteur/Assuré

Signature du Co-Souscripteur/Co-Assuré

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur dans le présent Bulletin sont nécessaires et ont pour finalité de satisfaire à votre demande ou pour permettre la réalisation des actes de souscription, de gestion ou d'exécution ultérieure de votre contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés. Ces informations pourront également être utilisées par l'Assureur pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, de prospection (sous réserve du respect de votre droit d'opposition ou de l'obtention de votre accord à la prospection conformément aux exigences légales), d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et des contentieux, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude (pouvant, entre autres, conduire à l'inscription sur une liste de personne présentant un risque de fraude), de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Ces informations pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, à votre Intermédiaire d'assurance, ainsi que si nécessaire à des partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur communiquera des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition notamment à la communication de ces informations à des tiers ou à leurs utilisations à des fins commerciales, pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier le recueil et/ou la communication d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

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

Nom du Souscripteur _____

Prénom du Souscripteur _____

Date de naissance

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

Nom du Co-Souscripteur _____

Prénom du Co-Souscripteur _____

Date de naissance

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

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
dont la 7^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**



* 0 0 7 8 4 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

7/7

Proposition d'assurance 2/2

Annexe au Bulletin de souscription

« Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts »

Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
 Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
 Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
 Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
 sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Vous devez obligatoirement joindre à votre Bulletin de souscription cette annexe complétée et signée qui fait partie intégrante du Bulletin.
À défaut de document correctement rempli, le Bulletin de souscription ne pourra pas être accepté et vous sera renvoyé ainsi que votre versement.

Souscripteur/Assuré

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

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

Co-Souscripteur/Co-Assuré

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

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

1 - Caractéristiques du contrat

- Frais sur versements : _____ %
- (a) Montant du versement initial **brut de frais sur versements** : _____ €

Ne pas compléter (b), (c) et (f) si une garantie de prévoyance est souscrite.

Libellé(s) du (des) fonds en euros	Montant du versement initial brut de frais sur versements affecté au(x) fonds en euros (b)	Montant du versement initial net de frais sur versements affecté au(x) fonds en euros (c) (**)	Frais de gestion du (des) fonds en euros (f)
Fonds en euros Actif Général de Generali Vie	$b_1 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$c_1 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$f_1 = \text{_____} \% (*)$
Fonds en euros Euro Innovalia	$b_2 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$c_2 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$f_2 = \text{_____} \% (*)$
Fonds en euros Elixence	$b_3 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$c_3 = \text{_____} \text{ € } (*)$	$f_3 = \text{_____} \% (*)$

(*) Indication manuscrite obligatoire par le Souscripteur.

(**) Pour déterminer les valeurs de rachat minimales au terme de chacune des huit (8) premières années du contrat sur le(s) fonds en euros telles qu'indiquées ci-dessous, ce montant est diminué chaque année des frais de gestion appliqués au(x) fonds en euros.

2 - Tableau des valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Je complète le tableau avec la valeur définie ci-dessus (a) et les valeurs (d₁) à (d₈) calculées selon la méthode décrite au verso de ce document.

Année	Montant cumulé des versements bruts effectués sur le contrat (Montant identique pour les 8 ans)	Fonds en euros : valeurs de rachat minimales personnalisées (ne pas compléter si la garantie de prévoyance est souscrite)
1	$a = \text{_____} \text{ € } (*)$	$d_1 = \text{_____} \text{ € } (*)$
2	a	$d_2 = \text{_____} \text{ € } (*)$
3	a	$d_3 = \text{_____} \text{ € } (*)$
4	a	$d_4 = \text{_____} \text{ € } (*)$
5	a	$d_5 = \text{_____} \text{ € } (*)$
6	a	$d_6 = \text{_____} \text{ € } (*)$
7	a	$d_7 = \text{_____} \text{ € } (*)$
8	a	$d_8 = \text{_____} \text{ € } (*)$

(*) Indication manuscrite obligatoire par le Souscripteur.

Si j'ai souscrit une garantie de prévoyance, alors il n'existe pas de valeur de rachat minimale exprimée en euros. Des simulations des valeurs de rachat avec prise en compte de la garantie de prévoyance sont indiquées à l'article « Montant cumulé des versements bruts et valeurs de rachat au terme des huit (8) premières années » de la Note d'information valant Conditions générales.

Signature du Souscripteur/Assuré

Signature du Co-Souscripteur/ Co-Assuré

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur et pourront également être utilisées dans le cadre de la gestion de la relation client. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat ou de la relation client à des tiers, notamment à son Intermédiaire d'assurance, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.



**Ce document a été réalisé et complété en une version,
 imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Notice explicative

Méthode de calcul

Méthode de calcul des valeurs (d_1) à (d_8) :

Avec f_1 : frais de gestion du fonds en euros 1

f_2 : frais de gestion du fonds en euros 2

- Si j'investis sur **un fonds en euros**, les formules sont les suivantes (*) :

$$d_1 = c_1 \times (1 - f_1)$$

$$d_2 = c_1 \times (1 - f_1)^2$$

...

$$d_8 = c_1 \times (1 - f_1)^8$$

(*) Pour (d_1) à (d_8) ne reprenez que les deux chiffres après la virgule.

- Si j'investis sur **deux fonds en euros**, les formules sont les suivantes (**) :

$$\begin{array}{l} d_1 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)}_{\text{Composante 2}} \\ d_2 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)^2}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)^2}_{\text{Composante 2}} \\ \dots \\ d_8 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)^8}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)^8}_{\text{Composante 2}} \end{array}$$

(**) Pour (d_1) à (d_8) ne reprenez que les deux chiffres après la virgule pour chaque composante avant de faire la somme des deux.

Exemple chiffré pour un investissement sur deux fonds en euros

L'exemple chiffré correspond à un contrat pour lequel le client n'a pas choisi de garantie de prévoyance.

1. Caractéristiques du contrat

- Frais d'entrée sur versements : 4 %
- (a) Montant du versement initial **brut de frais sur versements** : 52 083 €

Libellé du fonds en euros	Montant du versement initial brut de frais sur versements affecté par support en euros (b)	Montant du versement initial net de frais sur versements affecté par support en euros (c)	Frais de gestion maximum du support en euros (f)
Fonds en euros 1	$b_1 = 10\,416,67 \text{ €}$	$c_1 = 10\,416,67 \times (1 - 4 \%) = 10\,000,00 \text{ €}$	$f_1 = 0,60 \%$
Fonds en euros 2	$b_2 = 10\,416,67 \text{ €}$	$c_2 = 10\,416,67 \times (1 - 4 \%) = 10\,000,00 \text{ €}$	$f_2 = 1,00 \%$

2. Tableau des valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Année	Montant cumulé des versements bruts effectués sur le contrat (Montant identique pour les 8 ans)	Fonds en euros : valeurs de rachat minimales personnalisées (ne pas compléter si la garantie de prévoyance est souscrite)
1	$a = 52\,083 \text{ €}$	$d_1 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%) + 10\,000 \times (1 - 1 \%) = 19\,840,00 \text{ €}$
2	a	$d_2 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^2 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^2 = 19\,681,36 \text{ €}$
3	a	$d_3 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^3 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^3 = 19\,524,06 \text{ €}$
4	a	$d_4 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^4 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^4 = 19\,368,11 \text{ €}$
5	a	$d_5 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^5 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^5 = 19\,213,47 \text{ €}$
6	a	$d_6 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^6 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^6 = 19\,060,15 \text{ €}$
7	a	$d_7 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^7 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^7 = 18\,908,13 \text{ €}$
8	a	$d_8 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^8 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^8 = 18\,757,39 \text{ €}$



* 0 0 7 8 3 *



Codes produits : Durée viagère : 8301
Durée déterminée : 8302

Souscripteur/Assuré

Vous devez joindre la (les) copie(s) recto-verso d'une pièce officielle d'identité, en cours de validité avec photographie et mentions lisibles.

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Date de naissance

Lieu de naissance _____ Département

Pays _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Co-Souscripteur/Co-Assuré

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Date de naissance

Lieu de naissance _____ Département

Pays _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Bénéficiaire(s)

Désignation du (des) Bénéficiaire(s) du contrat par le présent document *(de manière lisible et en lettres majuscules)*.

Lorsque la clause est nominative les noms, prénom, nom de naissance, date et lieu de naissance et, le cas échéant, l'adresse du (des) bénéficiaire(s) désigné(s) doit(vent) être indiqués. Ces informations seront utilisées par l'Assureur afin d'identifier et d'entrer en relation avec le(s) bénéficiaire(s) de votre contrat. Merci de mettre à jour ces informations en cas de changement.

_____, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Signatures

Merci de bien vouloir apposer votre (vos) signature(s) dans le(s) cadre(s) ci-dessous.

Fait à _____,

le

Souscripteur/Assuré

Co-Souscripteur/Co-Assuré

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur et pourront également être utilisées dans le cadre de la gestion de la relation client. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat ou de la relation client à des tiers, notamment à son Intermédiaire d'assurance, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.



* 0 0 7 8 2 *

**Ce document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Mandat de prélèvement

La référence unique de mandat utilisée pour prélever votre compte bancaire sera égale à l'IBAN du compte que vous nous précisez ci-dessous.
Les prélèvements sur compte épargne ne sont pas acceptés.



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Numéro de contrat _____

Réservé Cie - À usage interne _____

Remplissez obligatoirement l'ensemble des données ci-dessous, datez, signez et joignez un RIB comportant les mentions IBAN et BIC.

Identité du payeur et du compte bancaire

☐ M ☐ Mme ☐ Société

Nom et prénom du débiteur _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

E-mail _____ N° de téléphone portable _____

Coordonnées bancaires

Code Établissement _____ Guichet _____ N° de compte _____ Clé RIB _____

IBAN (International Bank Account Number) _____

IBAN (International Bank Account Number) _____

BIC (Bank Identification Code) _____

BIC (Bank Identification Code) _____

Désignation du créancier

Generali Vie - TSA 70007 - 75447 Paris Cedex 09 - France

Identifiant créancier : **FR22ZZZ102628**

Type de paiement *

☒ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel

* Un mandat délivré pour un paiement récurrent/répétitif est valable pour un versement libre ou pour des versements libres programmés. Generali Vie diffusant des contrats à versements libres qui relèvent nécessairement du régime des paiements répétitifs/récurrents, seule la case paiement récurrent/répétitif a vocation à être cochée. Elle marque votre consentement pour les versements ultérieurs que vous souhaiteriez réaliser.

Signature

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Generali Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Generali Vie.

Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Fait à _____, le _____

Signature

Les informations demandées sont nécessaires aux fins de permettre d'effectuer des opérations bancaires. Ces informations sont destinées à l'usage exclusif de Generali Vie.

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de son contrat, notamment à son Courtier. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.



* 0 0 4 7 8 *

Annexe

Instrument de paiement



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Les informations ci-après sont recueillies en application des dispositions du Code monétaire et financier.

Identité du Souscripteur et références du versement

Nom et prénom _____
ou
Dénomination sociale de la personne morale _____
Montant du versement _____ €
N° de contrat (si versement sur un contrat émis) _____

Paielement par un tiers

Chèque ou virement de notaire ou d'avocat

Nom du notaire ou de l'avocat _____
Ville et département de l'étude notariale ou du cabinet de l'avocat _____
Motif d'utilisation de ce mode de paiement _____

Joindre un justificatif

Chèque ou virement de banque

Joindre un avis d'opération faisant apparaître les références du compte du client débité

Motif de l'utilisation de ce mode de paiement _____

Chèque ou virement d'apporteur

Joindre le justificatif du paiement du Souscripteur à l'apporteur

Motif de l'utilisation de ce mode de paiement _____

Tiers payeur personne physique

Nom et prénom du payeur de prime _____
Adresse _____

Lien avec le Souscripteur

☐ Lien de parenté (préciser) _____
☐ Autre (préciser) _____

Motif de l'intervention du payeur de prime _____

Document présenté par le payeur de prime personne physique

☐ CNI ☐ Passeport ☐ Carte de séjour ou de résident(e) ☐ Permis de conduire

Paraphe(s)



* 0 0 4 7 4 *

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s)

Païement par un tiers (suite)

Tiers payeur personne morale

Nom de la personne morale _____
Dénomination sociale _____
Adresse _____
Représenté par (Nom, prénom et fonction) _____

Motif de l'intervention du payeur de prime

- ☐ Rémunération
☐ Remboursement de compte courant d'associé
☐ Autre (préciser) _____

Document présenté par le payeur de prime personne morale

- ☐ Original ou copie du Kbis de moins de 3 mois
ou
☐ Copie de la DÉCLARATION EN PRÉFECTURE (pour les associations)

Faire porter au bas de la présente annexe la mention suivante sous signature du contractant :
« Je certifie que l'opération a donné lieu au traitement fiscal et social exigé par la réglementation ».

Instrument de paiement en provenance de l'étranger

- ☐ Pays de provenance des fonds (préciser) _____
☐ Motif d'utilisation de ce mode de paiement (préciser) _____

Joindre un document permettant d'identifier les références et le titulaire du compte débité

Mentions manuscrites complémentaires du Souscripteur

Clause CNIL (Article L 561-45 du Code monétaire et financier) :

Ce document de recueil d'informations a pour but de permettre à votre interlocuteur commercial et à votre assureur de se conformer à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre le législateur a placé au centre des obligations des organismes financiers de principe de « connaissance client » et la nécessité de faire preuve de vigilance à l'égard de l'ensemble de leurs clientèles en fonction du niveau d'exposition au risque de blanchiment et de financement du terrorisme que présente chaque situation.

Nous vous remercions de remplir l'intégralité de ce document afin de garantir la prise en charge de votre dossier. La conservation des informations et des documents que nous recueillons dans ce cadre est réalisée de façon à en assurer la confidentialité et l'intégrité.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel au sein de Generali par e-mail à l'adresse droitdaces@generali.fr

Par ailleurs ces données pourront être communiquées en tant que de besoin à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées et dans ce cadre vous pouvez exercer votre droit d'accès directement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Fait à _____, le | | | | |

Signature du Souscripteur



Pièces nécessaires à la souscription

Codes produits : Durée viagère : 8301
Durée déterminée : 8302

Souscription

- ☐ Bulletin de souscription original complété, daté et signé
- ☐ Annexe au Bulletin de souscription « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » complétée et signée
- ☐ Annexe « Instrument de paiement », lorsque nécessaire, complétée, datée et signée ainsi que les justificatifs demandés
- ☐ Photocopie recto-verso d'une pièce officielle d'identité en cours de validité au nom du Souscripteur et, le cas échéant, du tiers payeur avec photographie et mentions lisibles (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou carte de résident)
- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois (ou échéancier de l'année en cours) si l'adresse de la pièce d'identité est différente de celle indiquée sur le Bulletin de souscription
- ☐ Annexe clause bénéficiaire s'il y a lieu
- ☐ Fiche d'information pour les Souscripteurs âgés de 85 ans et plus
- ☐ Justificatif permettant d'établir que le Souscripteur est atteint d'une infirmité lui permettant de bénéficier du régime fiscal « Épargne handicap »
- ☐ Avenant complété, daté et signé lors d'investissement sur une SCPI, une SCI ou un fonds à fenêtre de commercialisation
- ☐ Chèque ou copie de l'avis d'exécution du virement accompagné d'un RIB ou d'un RICE

Options

- ☐ Formulaire de déclaration de risque pour les garanties Vie universelle et Vie entière
- ☐ Mandant de prélèvement, accompagné d'un RIB ou RICE dans le cadre de versements libres programmés
- ☐ RIB ou RICE d'un compte ouvert au nom du Souscripteur pour la mise en place de rachats partiels programmés

Souscriptions spécifiques

1. Co-souscription

- ☐ Photocopies de la pièce officielle d'identité recto-verso en cours de validité des Co-Souscripteurs avec photographies et mentions lisibles (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou carte de résident)
- ☐ Photocopie d'un extrait d'acte de mariage ou du livret de famille pour les contrats se dénouant au premier décès de l'Assuré
- ☐ Photocopie du contrat de mariage homologué en cas de changement de régime matrimonial en cours de mariage non mentionné sur le livret de famille ou en cas de dénouement du contrat au second décès

2. Souscription démembrée

- ☐ Photocopie des pièces officielles d'identité recto-verso en cours de validité des Co-Souscripteurs (usufruitier(s) et nu-propriétaire) avec photographies et mentions lisibles (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou carte de résident)
- ☐ Photocopie de l'acte authentique ou sous seing privé permettant d'établir l'origine du démembrement et la qualité des parties
- ☐ Convention de gestion démembrée du contrat complétée, datée et signée par les parties au contrat

Souscriptions spécifiques (suite)

3. Souscription par un mineur

Régime d'administration légale si les deux parents sont titulaires de l'autorité parentale	Régime d'administration légale si un seul parent est titulaire de l'autorité parentale	Régime de Tutelle légale
<input type="checkbox"/> Bulletin de souscription au nom du mineur représenté par ses parents en leur qualité de titulaires de l'autorité parentale (signature obligatoire des parents et, si durée viagère ou garantie de prévoyance, du mineur de 12 ans et plus)	<input type="checkbox"/> Bulletin de souscription au nom du mineur représenté par le titulaire de l'autorité parentale (signature obligatoire du titulaire de l'autorité parentale et, si durée viagère ou garantie de prévoyance, du mineur de 12 ans et plus)	<input type="checkbox"/> Bulletin de souscription au nom du mineur représenté par le tuteur (signature obligatoire du tuteur et, si durée viagère ou garantie de prévoyance, du mineur de 12 ans et plus)
<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité des parents et du mineur quel que soit son âge	<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité du titulaire de l'autorité parentale et du mineur quel que soit son âge	<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité du tuteur et du mineur quel que soit son âge
<input type="checkbox"/> Copie du livret de famille pour les parents mariés ou extrait d'acte de naissance du mineur pour les parents non mariés	<input type="checkbox"/> Copie du document émanant d'une autorité administrative ou judiciaire justifiant que le parent concerné est seul titulaire de l'autorité parentale (ex : jugement prononçant la déchéance d'autorité parentale ; copie du livret de famille de l'enfant mentionnant le décès ou l'absence d'un des parents)	<input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance du juge des tutelles désignant le tuteur et de l'ordonnance autorisant la souscription du contrat et précisant le montant du versement

4. Souscription par un majeur protégé

Sauvegarde de justice	Curatelle	Tutelle
<input type="checkbox"/> Bulletin de souscription au nom du majeur sous sauvegarde de justice signé par le majeur et par le mandataire si l'ordonnance désigne un mandataire spécial pour intervenir à la souscription du contrat	<input type="checkbox"/> Bulletin de souscription au nom du majeur sous curatelle assisté par le curateur (signé par le majeur sous curatelle et le curateur)	<input type="checkbox"/> Bulletin de Souscription au nom du majeur sous tutelle représenté par le tuteur (signé par le tuteur)
<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité du majeur et du mandataire si l'ordonnance de mise sous sauvegarde de justice désigne un mandataire spécial pour intervenir à la souscription du contrat	<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité du majeur sous curatelle et du curateur	<input type="checkbox"/> Photocopies recto-verso des pièces officielles d'identité en cours de validité du majeur sous tutelle et du tuteur
<input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance de mise sous sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance de mise sous curatelle <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance désignant le curateur	<input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance de mise sous tutelle <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance désignant le tuteur <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance autorisant la souscription du contrat et précisant le montant du versement <input type="checkbox"/> Photocopie de l'ordonnance ou de la délibération du conseil de famille si la désignation du bénéficiaire est autre que « les héritiers légaux de l'assuré »

La liste de pièces présente n'étant pas exhaustive, votre Intermédiaire d'assurance pourra vous demander toute pièce complémentaire permettant de parfaire votre souscription.

CSP : Nomenclature des Catégories Socio-Professionnelles

Le n° de la CSP doit être reporté sur le Bulletin de souscription.

- 10. Agriculteurs exploitants
- 21. Artisans
- 22. Commerçants et assimilés
- 23. Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus : PDG, administrateurs de société, entrepreneurs, grossistes
- 31. Professions libérales
- 33. Cadres de la Fonction publique
- 34. Professeurs, professions scientifiques
- 35. Professions de l'information, des arts et des spectacles
- 37. Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
- 38. Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
- 42. Instituteurs et assimilés
- 43. Professions intermédiaires de la santé et du travail social
- 44. Clergé, religieux
- 45. Professions intermédiaires administratives de la Fonction publique
- 46. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

- 47. Techniciens
- 48. Contremaîtres, agents de maîtrise
- 52. Employés civils et agents de service de la Fonction publique
- 53. Policiers et militaires
- 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 employés et ouvriers
- 81. Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 82. Autres personnes sans activité professionnelle
- 84. Elèves et étudiants
- 99. Non renseigné (Inconnu ou sans objet)

NAF : Nomenclature d'Activités Française

Le code NAF doit être reporté sur le Bulletin de souscription.

- A. Agriculture, sylviculture et pêche
- B. Industries extractives
- C. Industrie manufacturière
- D. Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- E. Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution
- F. Construction
- G. Commerce réparation d'automobiles et de motocycles
- H. Transports et entreposage
- I. Hébergement et restauration
- J. Information et communication

- K. Activités financières et d'assurance
- L. Activités immobilières
- M. Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- N. Activités de services administratifs et de soutien
- O. Administration publique
- P. Enseignement
- Q. Santé humaine et action sociale
- R. Arts, spectacles et activités récréatives
- S. Autres activités de services
- T. Activités des ménages en tant qu'employeurs, activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
- U. Activités extra-territoriales

Définition des personnes politiquement exposées

Sont considérés comme des personnes politiquement exposées (PPE) :

1. **Les personnes qui résident dans un autre état membre de l'Union Européenne ou un pays tiers et qui exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, l'une des fonctions suivantes, pour le compte d'un autre état.**
 - 1.1. Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ;
 - 1.2. Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ;
 - 1.3. 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 ;
 - 1.4. Membre d'une cour des comptes ;
 - 1.5. Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
 - 1.6. Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;
 - 1.7. Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
 - 1.8. Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
 - 1.9. Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité.

2. **Les non-résidents membres directs de la famille d'une personne visée au 1.**
 - 2.1. Le conjoint ou le concubin notoire ;
 - 2.2. Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
 - 2.3. En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, 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.
3. **Les non-résidents connus pour être étroitement associés à une personne visée au 1.**
 - 3.1. Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec ce client ;
 - 3.2. Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec ce client.



Generali Vie

Société anonyme au capital de 332 321 184 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris

Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

