

SOLID'R VIE DISPOSER DE MON ÉPARGNE

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

Réf. Adhésion : _____

1 | JE SOUSSIGNÉ(E)

1 | ADHÉRENT / ASSURÉ

ÉTAT CIVIL

M. M^{me}

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance : _____ Dept.:

Pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CONTACT

Tél. : _____

E-mail : _____

1 | CO-ADHÉRENT / CO-ASSURÉ

ÉTAT CIVIL

M. M^{me}

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance : _____ Dept.:

Pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CONTACT

Tél. : _____

E-mail : _____

2 | JE SOUHAITE

EFFECTUER UN RACHAT PARTIEL D'UN MONTANT DE _____ euros (minimum 150 euros) sur les supports suivants :

Libellé(s) du (des) support(s) sélectionné(s)	Code(s) ISIN	Montant (Minimum de 150 euros par support)
Fonds en euros Eurossima		_____ €
Fonds en euros Netissima		_____ €
_____	<input type="text"/>	_____ €
_____	<input type="text"/>	_____ €
_____	<input type="text"/>	_____ €
	Total :	_____ €

Le solde minimum sur l'adhésion après opération ne doit pas être inférieur à 150 euros.

À défaut d'indication, le rachat s'effectuera en priorité sur le(s) fonds en euros, puis sur le support en unités de compte le plus représenté et ainsi de suite.

OPTION FISCALE SÉLECTIONNÉE

Prélèvement forfaitaire libératoire (précisez dans ce cas si le montant à désinvestir est brut ou net de prélèvement fiscal)

Déclaration des produits dans le revenu imposable

Quelle que soit l'option choisie, les prélèvements sociaux seront directement prélevés par l'assureur. En cas d'absence de réponse à cette question, les produits générés par les versements réalisés avant le 27/09/2017 et soumis à taxation, seront automatiquement à intégrer à votre déclaration annuelle de revenus et soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu.

MODE DE RÈGLEMENT

Par chèque Par virement (joindre obligatoirement un RIB ou un RICE)

Motif du rachat partiel : _____

EFFECTUER DES RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS (Joindre obligatoirement un RIB ou un RICE)

La valeur atteinte sur l'adhésion doit au moins être égale à 500 euros.

Cette option n'est pas compatible avec les versements libres programmés, les investissements programmés, la dynamisation des plus-values et la sécurisation des plus-values.

PÉRIODICITÉ ET MONTANT DU RACHAT

Mensuelle _____ € (minimum 150 €)

Trimestrielle _____ € (minimum 300 €)

Semestrielle _____ € (minimum 500 €)

Annuelle _____ € (minimum 500 €)

À défaut d'indication, le rachat s'effectuera en priorité sur le(s) fonds en euros Eurossima et/ou Netissima, puis sur le support en unités de compte le plus représenté et ainsi de suite.

EXEMPLAIRES
1> Assureur 2> Courtier
3> Adhérent / Co-Adhérent
DISPOSER DE MON ÉPARGNE

— SOLID'R VIE —

Paraphe(s) adhérent / co-adhérent

ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL M. M^{me}

Nom : _____
 Prénom : _____
 Nom de naissance : _____
 Date de naissance :

CO-ADHÉRENT - ÉTAT CIVIL M. M^{me}

Nom : _____
 Prénom : _____
 Nom de naissance : _____
 Date de naissance :

OPTION FISCALE SÉLECTIONNÉE

 Prélèvement forfaitaire libératoire (précisez dans ce cas si le montant à désinvestir est brut ou net de prélèvement fiscal) Déclaration des produits dans le revenu imposable

Quelle que soit l'option choisie, les prélèvements sociaux seront directement prélevés par l'assureur. En cas d'absence de réponse à cette question, les produits générés par les versements réalisés avant le 27/09/2017 et soumis à taxation, seront automatiquement à intégrer à votre déclaration annuelle de revenus et soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu.

CHOIX DU (DES) SUPPORT(S) À DÉINVESTIR

Libellé(s) du (des) support(s) sélectionné(s)	Code(s) ISIN	Répartition
Fonds en euros Eurossima		----- €
Fonds en euros Netissima		----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
-----	<input type="text"/>	----- €
	Total :	----- €

 Je modifie mes rachats partiels programmés : Nouveau montant : _____ € Nouvelle Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle Nouvelle répartition (je remplis ci-dessus les supports à désinvestir) Je mets fin à mes rachats partiels programmés EFFECTUER UN RACHAT TOTAL

OPTION FISCALE SÉLECTIONNÉE :

 Prélèvement forfaitaire libératoire (précisez dans ce cas si le montant à désinvestir est brut ou net de prélèvement fiscal) Déclaration des produits dans le revenu imposable

Quelle que soit l'option choisie, les prélèvements sociaux seront directement prélevés par l'assureur. En cas d'absence de réponse à cette question, les produits générés par les versements réalisés avant le 27/09/2017 et soumis à taxation, seront automatiquement à intégrer à votre déclaration annuelle de revenus et soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu.

Mode de règlement : Par chèque Par virement (joindre obligatoirement un RIB ou un RICE)

Motif du rachat total : _____

3 | SIGNATURE (S)

Fait à : _____, le :

Co-adhérent / Co-assuré

Co-adhérent / Co-assuré

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier de l'Adhérent. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat à des tiers, notamment à son Courtier, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. Par la signature de ce document, l'Adhérent accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'Adhérent 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.

ASAC Association déclarée sans but lucratif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 31, rue des Colonnes du Trône - 75012 Paris

Generali Vie, 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

ASAC-FAPES est une marque de Fapes Diffusion, 31 rue des Colonnes du Trône - 75012 Paris - SAS au capital social de 2688393€ - RCS Paris B421 040544 - Enregistrée auprès de l'ORIAS n° 07000759 (www.oriass.fr) en qualité de courtier en assurance (catégorie B au titre de l'article L520-1 II du Code des assurances), de courtier en opérations de banque et services de paiement et de mandataire non exclusif en opérations de banque et services de paiement - Service réclamation : 31 rue des colonnes du trône 75012 Paris - E : reclamation@asac-fapes.fr Tél : 01 44 67 25 90 numéro de téléphone non surtaxé - Placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitebout - 75436 Paris Cedex 09.

Dossier client

Personne Physique



Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 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

Nouveau client

Client existant

Numéro de contrat _____

Nom et Prénom de l'interlocuteur commercial _____

En cas de co-souscription* : chaque Souscripteur doit compléter un dossier client

* Le terme *Souscripteur* désigne soit le *Contractant*, soit l'*Adhérent*.

Pourquoi ce document ?

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 (en application des articles L561-5 et L561-6 du code monétaire et financier).

Il est composé de deux volets distincts, **la connaissance du client et la connaissance de l'opération**.

Les deux volets du recueil d'informations doivent être complétés pour toute entrée de fonds (Souscription, reversement et mise en place de versement libre programmé) accompagnés des pièces justificatives listées dans l'aide.

Dans les situations d'actualisation de la connaissance client (Changement du payeur de prime, nouvelle adresse, nouvelle domiciliation postale ou fiscale à l'étranger, changement de coordonnées bancaires, nantissement du contrat ou délégation de créance au profit d'une banque étrangère ou d'une personne n'ayant pas la qualité d'établissement de crédit, ajout d'un Co-Souscripteur (donation ou transmission d'un contrat de capitalisation), seul le premier volet doit être renseigné.

Il pourra également, à l'initiative de Generali, vous être demandé d'actualiser vos éléments de connaissance client.

Afin de garantir la prise en charge de votre dossier, nous vous remercions de remplir ce document.

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.

Votre interlocuteur commercial se tient à votre disposition pour toute information complémentaire.

**CE DOCUMENT DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ EST INDISPENSABLE
À LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOSSIER**

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

Paraphe



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages
dont la 7^{ème} comporte la signature du Souscripteur.

1.1. Identité

Civilité Monsieur Madame

Nom _____

Prénom(s) _____

Nom de naissance _____

Résidence fiscale France Union Européenne Autre(s) (À préciser) _____

Adresse _____

Code Postal [] [] [] [] [] [] [] [] Ville _____

Pays _____

Téléphone mobile [] [] [] [] [] [] [] [] Adresse e-mail _____

Situation familiale

Marié(e) sous le régime :

<input type="checkbox"/> Communauté légale	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Communauté réduite aux acquêts	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Communauté universelle	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Séparation de biens	<input type="checkbox"/> Union libre
<input type="checkbox"/> Participation aux acquêts	<input type="checkbox"/> Célibataire
<input type="checkbox"/> Communauté de meubles et acquêts	
<input type="checkbox"/> Autre (À préciser) _____	

Nationalité(s) Française Autre(s) (À préciser) _____

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] []

Lieu de naissance

Code Postal [] [] [] [] [] [] [] [] Ville _____ Pays de naissance _____

Capacité

Majeur protégé sous :

<input type="checkbox"/> Curatelle simple	<input type="checkbox"/> Mineur :
<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Sous administration légale
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Sous Tutelle
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Emancipé
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale	
<input type="checkbox"/> Mandat de protection future	

1.2. Activité

En activité

Profession _____ Code CSP (*) [] []

Si TNS (*travailleur non salarié*) Code NAF/APE (*) [] [] / [] [] [] [] [] []

Nom de l'entreprise _____

SIRET (SIREN-NIC) []

Sans activité

Depuis le [] [] [] [] [] [] [] []

Dernière profession exercée _____ Code CSP (*) [] []

Ancien TNS (*travailleur non salarié*)

Code NAF/APE (*) [] [] / [] [] [] [] [] []

Nom de l'entreprise _____

SIRET (SIREN-NIC) []

Retraité

Depuis le [] [] [] [] [] [] [] []

Dernière profession exercée _____ Code CSP (*) [] []

Ancien TNS (*travailleur non salarié*)

Code NAF/APE (*) [] [] / [] [] [] [] [] []

Nom de l'entreprise _____

SIRET (SIREN-NIC) []

(*) Se référer à l'aide pour compléter certaines sections du dossier client.

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

Prénom du Souscripteur _____ Numéro de contrat _____

Paraphe



1.3. Personne Politiquement Exposée**1.3.1. Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? (*)** Non Oui

Pays d'exercice _____

Fonction _____

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin | | | | | | | | | | | | | | | |

1.3.2. Êtes-vous proche d'une Personne Politiquement Exposée (PPE), en tant que membre direct de la famille ou en tant que personne étroitement associée à une PPE ? (*) Non Oui

Nom et prénom(s) de la PPE _____

Fonction de la PPE _____

Pays d'exercice _____

Lien de la PPE avec le Souscripteur _____

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin | | | | | | | | | | | | | | | |

1.4. Données financières et patrimoniales**1.4.1. Revenus annuels du foyer (en net fiscal)** 0 € à 25 000 € de 100 000 € à 150 000 € de 25 000 € à 50 000 € de 150 000 € à 300 000 € de 50 000 € à 75 000 € > 300 000 € (À préciser) _____ € de 75 000 € à 100 000 €**1.4.2. Estimation du patrimoine du foyer** 0 € à 100 000 € de 1 000 000 € à 2 000 000 € de 100 000 € à 300 000 € de 2 000 000 € à 5 000 000 € de 300 000 € à 500 000 € de 5 000 000 € à 10 000 000 € de 500 000 € à 1 000 000 € > 10 000 000 € (À préciser) _____ €**1.4.3. Répartition du patrimoine en pourcentage** Immobilier _____ % Portefeuille de valeurs mobilières _____ % Placements bancaires (ex : livret d'épargne) _____ % Contrats assurance-vie/capitalisation _____ % Autre (ex : Objets d'art, rente...) _____ %

(À préciser) _____ %

1.4.4. Origine du patrimoine Épargne/Revenus Cession d'actif(s) professionnel(s) Succession/Donation Gains au jeux Cession d'actif(s) immobilier(s) Autre (À préciser) _____ Cession d'actif(s) mobilier(s)

(*) Se référer à l'aide pour compléter certaines sections du dossier client.

Nom du Souscripteur _____

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom du Souscripteur _____

Numéro de contrat _____

Paraphe



1.5. Auto-certification de résidence fiscale

En application de l'accord relatif à l'échange automatique et obligatoire d'informations en matière fiscale entre les pays de l'Union Européenne conclu le 29 octobre 2014 à Berlin ; des accords bilatéraux ou multilatéraux signés par la République française en la matière, ainsi que 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 de citoyens ou résidents 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 vous demander des informations complémentaires relatives à la situation fiscale du (des) Souscripteur(s) du contrat afin de déterminer de quel(s) pays il(s) est (sont) contribuable(s) et/ou résident(s) à des fins fiscales.

Ce document est de nature déclarative. Pour cette raison, seul le(s) Souscripteur(s) (ou toute personne habilitée à le représenter légalement) est en mesure de faire les déclarations constituées par les réponses au présent questionnaire. Generali Vie n'est pas habilitée à remplir ce document pour votre compte. Si vous avez des questions sur la façon de remplir cette section ou comment déterminer votre résidence fiscale, nous vous invitons à interroger l' (les) autorité(s) fiscale(s) compétente(s) ou à consulter les références indiquées dans l'aide du présent document.

Certification de résidence fiscale du Souscripteur

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (FATCA)

Q1. Êtes-vous citoyen des États-Unis d'Amérique ? Oui Non

Q2. Êtes-vous résident fiscal des États-Unis d'Amérique ? Oui Non

À la souscription :

- si vous avez coché **Oui** à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas signer le Bulletin de souscription ; nous vous invitons dans ce cas à vous rapprocher de votre Courtier-Conseiller.
- si vous avez coché **Non** aux deux questions ci-dessus, vous certifiez que vous n'êtes ni citoyen, ni résident fiscal des États-Unis d'Amérique ; nous vous invitons à répondre aux questions suivantes.

En cours de vie du contrat :

- si vous avez coché **Oui** à l'une des questions ci-dessus, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes.

Le(s) Souscripteur(s) s'engage(nt) à signaler à Generali Vie, dans les meilleurs délais, tout changement de pays de résidence fiscale à défaut de quoi il(s) encoure(nt) l'amende de 1 500 € prévue à l'article 1740 C du code général des impôts.

Q3. Possédez-vous un numéro d'immatriculation fiscal des États-Unis d'Amérique (TIN) tout en étant ou en n'étant pas/plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique ? Oui Non

Si Oui, n° TIN (*) : _____ . Et joindre un formulaire W-8BEN.

Adresse de résidence fiscale _____

PAYS HORS ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (CRS-OCDE)

Q.4 Êtes-vous résident fiscal d'un ou plusieurs pays autre que les US et la France ? Oui Non

Si Oui, remplissez ci-dessous :

Pays _____ NIF (*) _____

Adresse de résidence fiscale _____

Pays _____ NIF (*) _____

Adresse de résidence fiscale _____

Pays _____ NIF (*) _____

Adresse de résidence fiscale _____

(*) NIF : Numéro d'Immatriculation Fiscale

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

Paraphe



2.1. Objectifs de l'opération (Cocher un ou plusieurs objectifs)

- Constituer un capital
 Transmettre un capital à mes héritiers ou à des tiers
 Disposer de revenus complémentaires futurs (retraite)
- Utiliser le contrat comme un instrument de garantie
 Autre (À préciser) _____

2.2. Horizon d'investissement

- 0 à 4 ans 4 à 8 ans Plus de 8 ans

2.3. Origine des fonds affectés à l'opération**2.3.1. Indiquer l'origine des fonds affectés à l'opération (*)**

Nature	Date	Montant affecté	€																				
<input type="checkbox"/> Revenus			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Revenu de l'activité																							
<input type="checkbox"/> Revenu locatifs - fonciers																							
<input type="checkbox"/> Prime ponctuelle / indemnités																							
<input type="checkbox"/> Rente																							
<input type="checkbox"/> Épargne			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Épargne (sur livret, PEA etc..)			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Épargne salariale et d'entreprise			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Capital de contrats/Indemnité d'assurance (rachat, terme, bénéficiaire, etc)																							
Nom de(s) l'organisme(s) : _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																						_____ €
<input type="checkbox"/> Héritage			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Donation			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Cession d'actifs			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Mobiliers			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Immobiliers			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Professionnels (droits sociaux, fonds de commerce, d'entreprise ou de clientèle)			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Autres (À préciser) _____			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Dividendes			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Remboursement de compte courant d'associé			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Gains au jeu			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Cessions d'œuvres d'art			_____ €																				
<input type="checkbox"/> Autre(s) (À préciser) _____			_____ €																				
		Total	_____ €																				

(*) L'origine des fonds doit couvrir le montant total investi.

2.3.2. Les fonds affectés à l'opération font-ils ou ont-ils fait l'objet d'une régularisation fiscale auprès des services fiscaux français ?

Oui Non

2.4. Moyen de paiement

2.4.1. Le mode de paiement : Chèque Virement Prélèvement Chèque de banque

2.4.2. La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Souscripteur ? Oui Non **du Co-Souscripteur ?** Oui Non

2.4.3. Si la réponse est Non, merci de compléter les champs ci-dessous :

Nature du tiers payeur de prime Personne physique Personne morale

Nom du tiers payeur de prime _____

Prénom du tiers payeur de prime _____

Motif de recours au tiers payeur de prime _____

Lien avec le tiers payeur de prime _____

Adresse du tiers payeur de prime _____

Code Postal

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

 Ville _____ Pays _____

2.4.4. L'instrument de paiement émane-t-il d'un établissement de crédit situé sur le territoire français ?

Oui Non

Pays de provenance des fonds _____

Motif de recours à cet établissement de crédit _____

Nom du Souscripteur _____ Date de naissance

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

Prénom du Souscripteur _____ Numéro de contrat _____

Paraphe



Article 1 - Assujettissement de l'assureur aux obligations LCB-FT

Le Souscripteur déclare être pleinement informé(e) que les entreprises d'assurance et les intermédiaires d'assurance sont assujettis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article L561-2 du Code Monétaire et Financier et suivants et à ce titre sont tenus de recueillir les informations demandées dans le dossier client. Les données recueillies à l'occasion de l'application de ces articles donneront lieu à un droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Article 2 - Complétude du dossier client

Tous les champs sont obligatoires, à défaut le dossier client ne pourra être accepté. En l'absence de communication des pièces demandées dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de signature du dossier client, les fonds seront restitués dans les mêmes modalités que le paiement initial.

Article 3 - Origine licite des fonds

Le Souscripteur 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 des articles L561-15 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes. Le Souscripteur prend acte que l'Assureur pourra refuser ou suspendre des versements dont l'origine devra être précisée et lui demander à cet effet tout document justificatif.

Article 4 - Collecte de pièces justificatives sur l'origine des fonds

La liste des pièces justificatives sur l'origine des fonds est non exhaustive. Des documents pourront être demandés a posteriori. Pour les documents en langue étrangère, une traduction officielle devra être communiquée.

Article 5 - Déclaration fiscale des fonds

Le Souscripteur confirme que la prime est payée au moyen de fonds ayant fait l'objet de toutes les déclarations fiscales requises tant par les autorités fiscales compétentes de son pays de résidence que par toutes autres autorités fiscales. Le Souscripteur déclare se conformer à toutes les obligations fiscales liées au contrat souscrit et aux transactions relatives.

Article 6 - Souscription avec un tiers payeur

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, en cas de payeur de prime différent du Souscripteur, les éléments d'identification du payeur de prime (pièce d'identité en cours de validité), son lien avec le Souscripteur ainsi que le motif de son intervention au contrat devront être communiqués à l'Assureur.

Article 7 - Changement de situation

Lors d'un changement de situation personnelle ou fiscale (adresse, patrimoine, profession...), de tout changement de situation fiscale, le Souscripteur s'engage à en informer l'assureur et à fournir l'ensemble des documents nécessaires.

Article 8 - En cas de renonciation

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'attention du souscripteur est appelée sur la nécessité d'indiquer par écrit à l'Assureur le motif de sa renonciation, celui-ci se réservant le droit de demander toutes informations et/ou tous documents qu'il juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations réglementaires.

Article 9 - En cas de rachat, dénouement du contrat ou d'avance

Afin de respecter les obligations légales mises à la charge des organismes réalisant des opérations financières, l'Assureur se réserve le droit à chaque fois qu'il l'estime nécessaire, de demander au Souscripteur ou au bénéficiaire acceptant une photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ainsi que le motif de l'opération.

Protection des données personnelles :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est Generali Vie.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime.

Dans les conditions prévues par la réglementation,

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Nom du Souscripteur _____	Date de naissance <input type="text"/>
Prénom du Souscripteur _____	Numéro de contrat _____

Paraphe



Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter les conditions générales de votre contrat ou le site www.generali.fr/donnees-personnelles/information-clientsCollectives.

Si le Souscripteur/l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'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.

Fait en un exemplaire original sur 7 pages à _____,

le

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

Signature du Souscripteur
ou Signature du (des) représentant(s)

