

DEMANDE DE RACHAT PARTIEL - PARTIELS PROGRAMMÉS - TOTAL

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 : ____/____/____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CONTACT

Tél. : _____

E-mail : _____

2 | JE SOUHAITE

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHAT PARTIEL⁽¹⁾

MONTANT DE : _____ € BRUT(2) NET(2)

ou du maximum autorisé ⁽¹⁾

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

mettre en place un plan de rachats réguliers

modifier le plan de rachats programmés en cours

Montant de (150 € minimum) : _____ € BRUT(2) NET(2)

(2) A défaut de précision, le rachat sera effectué en net.

Périodicité des rachat partiels programmés :

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Prendre en compte un nouvel organisme financier (joindre votre nouveau RIB)

INTERROMPRE LE PLAN DE RACHATS PROGRAMMÉS SUR L'ADHÉSION EN RÉFÉRENCE

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHAT TOTAL

3 | SORTIES DE FONDS

EN CAS D'IMPOSITION DES PRODUITS

Déclaration des produits (plus-values constatées) dans ma déclaration d'impôt sur le revenu.

Prélèvement forfaitaire libératoire à la source.

PRÉCISER LE MOTIF DE L'OPÉRATION DE DÉSINVESTISSEMENT / DESTINATION DES FONDS

(ex : transmission patrimoniale, couverture de prêt, acquisition immobilière)

4 | SIGNATURE(S)

Fait à : _____, le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adhérent / Assuré

Co-Adhérent / Co-Assuré

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, 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

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

Generali Retraite, Société anonyme au capital de 213 541 820 euros
Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire
régis par le Code des assurances - 880 265 418 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris

Sociétés 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 trois volets distincts, **la connaissance du client, la connaissance de l'opération et l'auto-certification de résidence fiscale.**

• **Pour les contrats épargne et capitalisation** : les **volets 1 et 2** du recueil d'informations doivent être complétés et accompagnés des pièces justificatives listées dans la fiche « Aide et pièces nécessaires à l'opération de versement » à **chaque entrée de fonds** :

- Souscription,
- Versement libre,
- Mise en place ou modification de versements libres programmés,
- Remboursement d'avance.

Seul le **volet 1** doit être renseigné dans les situations **d'actualisation de la connaissance client** :

- Changement d'état civil,
- Changement du payeur de prime,
- Nouvelle domiciliation postale ou fiscale hors Union Européenne,
- changement de coordonnées bancaires hors Union Européenne,
- 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),
- Règlement d'une prestation à destination de l'étranger,
- À l'initiative de Generali.

• **Pour les contrats PER/PERI** : les **volets 1 et 2** du recueil d'informations doivent être complétés et accompagnés des pièces justificatives listées dans la fiche « Aide et pièces nécessaires aux opérations de versements » lors de souscription ou de versement libre supérieur ou égal à 100 K€.

• **Pour tous les contrats retraite** : les **volets 1 et 2** du recueil d'informations doivent être complétés et accompagnés des pièces justificatives listées dans la fiche « Aide et pièces nécessaires aux opérations de versements » lors de versement libre supérieur ou égal à 2 M€.

Le **volet 3** est à remplir uniquement lors d'une souscription ou lors d'un changement de circonstance prévue dans la fiche « Aide FATCA-CRS ».

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 (en page 7) 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.

1.3. 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



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) : _____	_____		_____
<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 : Virement Prélèvement

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 (régime fiscal : IR IS)

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 _____

Numéro SIREN/RNA (pour les associations) _____

Adresse postale 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/Generali Retraite.

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 droidacces@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, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours le contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant son contrat, ou pour lui proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Fait en un exemplaire original sur 7 pages à _____,

le

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

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

Nom du Souscripteur _____ Date de naissance

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

Prénom du Souscripteur _____ Numéro de contrat _____



* 0 0 1 7 0 *

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



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !