

# 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  
régé 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<sup>ème</sup> comporte la signature du Souscripteur.

**1.1. Identité <sup>(1)</sup>**

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

Nationalité(s)  Française  Autre(s) (À préciser) \_\_\_\_\_

Si plusieurs nationalités : préciser les nationalités \_\_\_\_\_

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 <sup>(2)</sup> [ ] [ ]

Si TNS (*travailleur non salarié*) Code NAF/APE <sup>(2)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

SIRET (SIREN-NIC) [ ]

**Sans activité**

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

Dernière profession exercée \_\_\_\_\_ Code CSP <sup>(2)</sup> [ ] [ ]

Ancien TNS (*travailleur non salarié*)

Code NAF/APE <sup>(2)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

SIRET (SIREN-NIC) [ ]

**Retraité**

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

Dernière profession exercée \_\_\_\_\_ Code CSP <sup>(2)</sup> [ ] [ ]

Ancien TNS (*travailleur non salarié*)

Code NAF/APE <sup>(2)</sup> [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

SIRET (SIREN-NIC) [ ]

<sup>(1)</sup> Toutes modifications éventuelles devront faire l'objet d'une autre demande accompagnée d'un justificatif.<sup>(2)</sup> 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 jeu

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"/> <b>Revenus</b>			_____
<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"/> <b>Épargne</b>			_____
<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"/> <b>Héritage</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Donation</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Cession d'actifs</b>			_____
<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"/> <b>Dividendes</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Remboursement de compte courant d'associé</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Gains au jeu</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Cessions d'œuvres d'art</b>	_____		_____
<input type="checkbox"/> <b>Autre(s) (À préciser)</b> _____	_____		_____
	<b>Total</b>		_____

(\*) 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**



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 ou Generali Retraite 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 ou Generali Retraite 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

*(\*) La définition de résident fiscal des États-Unis d'Amérique est indiquée à l'article « Loi FATCA » de la Note/Notice d'information valant Conditions générales.*

#### 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.

**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 W9.

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 \_\_\_\_\_

Le(s) Souscripteur(s) s'engage(nt) à signaler à Generali France, 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.

*(\*) NIF : Numéro d'Immatriculation Fiscale*

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 [droidaccés@generali.fr](mailto:droidaccés@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](http://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](http://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 \_\_\_\_\_



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 7 pages  
dont la 7<sup>ème</sup> comporte la signature du Souscripteur.



Si vous imprimez ce document,  
pensez à le trier !