

La souscription 100% en ligne est disponible.  
Rapprochez-vous de votre conseiller PATRIMEA

# PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION

## GUIDE DE SOUSCRIPTION

Comment remplir son dossier de souscription ?

1

### Compléter le kit réglementaire de Patriméa

Votre conseiller vous adressera un email avec un lien vous permettant de compléter ce document en ligne via Docusign.

*Version papier disponible sur demande*

2

### Remplir et signer le bulletin de souscription

Vous trouverez ci-après le bulletin de souscription à compléter et signer.

*Mode règlement*

- Chèque à l'ordre d'Oradéa Vie
- Prélèvement bancaire en remplissant le mandat SEPA

#### Particularités :

En cas d'option pour la gestion conseillée : ajoutez le mandat d'arbitrage des unités de compte.

Sous le statut de résident fiscal à l'étranger : indiquez un lieu de signature en France, et signez l'attestation d'expatriation temporaire. Un justificatif de résidence fiscale à l'étranger sera nécessaire.

En cas de souscription par une personne morale soumise à l'Impôt sur le Revenu : ajoutez les statuts, un extrait Kbis de moins de 3 mois, une copie de la dernière déclaration 2072, une attestation du gérant selon laquelle la société est soumise au régime des sociétés de personnes, la Fiche Informatrice Confidentielle (Personne morale), le Formulaire FATCA-CRS (Personne morale), la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des représentants de la société.

## Quels documents joindre au dossier ?

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité

Carte nationale d'identité recto/verso, passeport ou carte de séjour

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Facture d'eau, d'électricité, de téléphonie, quittance de loyer, taxe d'habitation ou foncière

- Relevé d'Identité Bancaire au format IBAN

- Justificatif d'origine des fonds à partir de 50 000 €

Relevé de compte bancaire, acte notarié, acte de cession ou de donation, lettre de la compagnie confirmant le rachat sur un contrat d'assurance vie ou tout autre justificatif probant

#### ADRESSE D'ENVOI DES DOCUMENTS



**PATRIMEA**

SERVICE CLIENTS

20 Chemin des Gervais  
13090 AIX-EN-PROVENCE



01 83 62 38 72



gestion@patriméa.com



Contrat de capitalisation en euros et unités de compte souscrit auprès d'Oradéa Vie présenté par PATRIMEA (immatriculation à l'ORIAS n° 10 054 153)  
en sa qualité d'intermédiaire en assurance. Garantie Financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L512-6 et L517-7 du Code  
des Assurances. Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

## DEMANDE DE SOUSCRIPTION

DESTINATAIRE : ORADEA VIE  
42, bd Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° de souscription | \_\_\_\_\_ |

### SOUSCRIPTEUR PERSONNE PHYSIQUE

M  Mme Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance ..... Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune ..... Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Nationalité ..... Email .....

Téléphone domicile ..... Téléphone portable .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) |\_\_\_| Adresse principale (O/N) |\_\_\_| Adresse à l'étranger (O/N) |\_\_\_|

Profession (si retraité, merci de préciser la dernière profession exercée) .....

Secteur d'activité .....

Revenus nets annuels du foyer fiscal .....

Patrimoine global du foyer fiscal .....

### SOUSCRIPTEUR PERSONNE MORALE

**Joindre obligatoirement les statuts à jour de la société et un extrait Kbis de moins de trois mois.**

#### ■ Société

Dénomination sociale .....

Catégorie juridique .....

Numéro SIREN | \_\_\_\_\_ | Date de création .....

Siège de la société :  
Adresse : .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) |\_\_\_| Adresse principale (O/N) |\_\_\_| Adresse à l'étranger (O/N) |\_\_\_|

#### ■ Représentant de la Société souscriptrice (joindre la photocopie de la pièce d'identité certifiée conforme par le courtier)

La Société souscriptrice est représentée en vertu des statuts ou d'une délibération du ....., par : .....

M.  Mme

Nom ..... Date de naissance .....

Prénom ..... Nom de naissance .....

Lieu de naissance : Commune ..... Département ou Pays .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Email ..... Téléphone .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) |\_\_\_| Adresse principale (O/N) |\_\_\_| Adresse à l'étranger (O/N) |\_\_\_|

## CARACTÉRISTIQUES DE LA SOUSCRIPTION

### ■ Durée de la souscription :

|\_\_\_\_\_| ans, 8 ans minimum, 30 ans maximum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogable annuellement par accord tacite.

### ■ Versement initial global : (brut de frais) ..... EUR (minimum de 150 000 EUR)

Soit en lettres : .....

#### • Frais sur versement initial : ..... (3 % maximum)

### ■ Versements programmés (non autorisés dans le cadre de la Gestion Conseillée) :

D'un montant de ..... EUR (Minimum : 75 EUR/mois ; 250 EUR/trimestre ; 450 EUR/semestre ; 900 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Frais sur versements : ..... % (3 % maximum)

Périodicité du prélèvement |\_\_\_\_\_| Jour de prélèvement |\_\_\_\_\_| Mois du premier versement programmé |\_\_\_\_\_|  
(A=annuelle, S=semestrielle, T=trimestrielle, M=mensuelle) (du 1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> jour du mois) (minimum 30 jours après la date d'effet du contrat)

**Compte à débiter : merci de renseigner le BIC/IBAN dans la rubrique MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ci-après.**

### ■ Choix du type de gestion

- Gestion Conseillée - Montant du premier versement (minimum 10 000 EUR) ..... EUR. (Profil Patrimonial Flexible)  
*Au sein de la Gestion Conseillée, la répartition de vos versements entre les supports proposés au contrat sera réalisée conformément à l'orientation de gestion définie dans le document intitulé « Mandat d'arbitrage des unités de compte du contrat d'assurance vie PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION » que vous aurez signé avec votre mandataire.*
- Gestion Libre - Montant du premier versement ..... EUR

### Répartition des versements (minimum de 75 EUR par support) dans le cadre de la Gestion Libre :

Code ISIN et libellés des supports choisis	%	Versement initial (brut de frais)	%	Versements programmés (brut de frais)
		EUR		EUR
		EUR		EUR
		EUR		EUR
		EUR		EUR
		EUR		EUR
<b>Total du premier versement affecté à la gestion libre (brut de frais)</b>	100%	EUR	100%	EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition devra être indiqué dans un document joint à la présente demande de souscription.

### Règle particulière aux versements sur les supports SCPI et OPCI :

La part de votre versement affectée à ces supports lors de votre souscription et pendant 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat est d'abord investie sur le support de référence. Ce support de référence est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires ; il est indiqué dans l'annexe financière au projet de contrat valant Note d'Information qui vous a été remise. A la fin de cette période, c'est-à-dire le premier jour ouvré qui suit l'expiration de ce délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat :

- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le(s) support(s) SCPI est arbitrée, sans frais, sur le(s) support(s) SCPI concerné(s). L'investissement sur le support SCPI aura lieu une fois par semaine ; le jour d'investissement est précisé dans l'annexe à votre Note d'Information propre à ce support SCPI.
- la part du capital constitué sur le support de référence au titre de l'investissement sur le support OPCI est arbitrée, sans frais, sur le support d'attente d'investissement du support OPCI. Ce support d'attente est exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires. Le capital constitué sur le support d'attente est ensuite arbitré, sans frais, vers le support OPCI à la date de la première valeur liquidative établie par la société de gestion du support OPCI à compter du deuxième jour ouvré qui suit la date d'effet de l'entrée sur ledit support d'attente d'investissement.

(Voir les modalités précises dans le projet de contrat valant Note d'Information et les annexes afférentes qui vont ont été remis).

### Frais de gestion du contrat :

- Support Sécurité en euros : 0,06 % par mois soit un taux équivalent annuel de 0,72 % du montant moyen du capital constitué.
  - Support Sécurité Infra Euro : 0,06 % par mois soit un taux équivalent annuel de 0,72 % du montant moyen du capital constitué.
  - Supports en unités de compte en Gestion Libre : 0,06 % par mois soit un taux équivalent annuel de 0,72 % du capital constitué sur chaque support.
  - Supports en unités de compte en Gestion Conseillée : 0,093 % par mois soit un taux équivalent annuel de 1,12 % du capital constitué sur chaque support (soit +0,40 % par rapport à la Gestion libre).
  - Supports SCPI : 0,076 % par mois, soit un taux équivalent annuel de 0,908 %.
  - Frais d'arbitrages: 0,40% des sommes arbitrées en Gestion Libre.
- A ce taux s'ajoute 0,50% pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP

## PROGRAMMES D'ARBITRAGES

Les programmes ci-dessous sont accessibles dans le cadre de la Gestion Libre uniquement. Se référer au projet de contrat valant Note d'Information, Annexe 2 « Les programmes d'arbitrages » pour consulter les modalités de ces programmes.

**Attention :** Si les programmes d'arbitrages sont mis en place à la souscription ou dans les 30 jours suivant la date d'effet de votre contrat, ils débutent après un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre contrat. Ce délai sera majoré de 2 jours ouvrés pour les programmes de sécurisation des gains, de dynamisation du rendement et d'investissement progressif.

**Frais d'arbitrages :** 0,40 % des montants arbitrés. Les services d'arbitrages programmés peuvent être interrompus à tout moment (se référer au projet de contrat valant Note d'Information).

Investissement progressif	Dynamisation du rendement	Code ISIN et Libellé(s) du (des) support(s) visé(s) par le(s) programme(s) d'arbitrage(s)	Sécurisation des gains	Limitation des pertes	Allocation constante	
Montant global : ..... EUR Périodicité des arbitrages : <input type="checkbox"/> mensuel pendant 12 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par mois pendant 6 mois <input type="checkbox"/> hebdomadaire pendant 3 mois	Du support Sécurité en euros ou du support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires vers le(s) support(s)		Vers le support Sécurité en euros	Vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires	Exclusif des autres programmes	
				Seuil de gain déclenchant l'arbitrage (+ 5 % min)	Seuil de perte déclenchant l'arbitrage (- 5 % min)	Répartition totale : 100 %
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	
..... %	..... %	.....	+ ..... %	- ..... %	..... %	

Si les supports de ces programmes sont plus nombreux, le détail de la répartition devra être indiqué dans un document joint à la présente demande de souscription.

**Investissement progressif :** minimum sur le support Sécurité en euros à la mise en place : 7 500 EUR. Le montant choisi, investi initialement sur le support Sécurité en euros, est arbitré vers les supports choisis en 12 échéances, quelle que soit la périodicité retenue.

**Dynamisation du rendement :** minimum sur le support Sécurité en euros à la mise en place : 1 200 EUR. Le rendement annuel du support Sécurité en euros est arbitré annuellement selon la répartition choisie.

**Sécurisation des gains :** minimum par support à la mise en place : 1 200 EUR. Les gains constatés sur les supports choisis seront arbitrés vers le support Sécurité en euros lorsqu'ils auront atteint le seuil fixé.

**Limitation des pertes :** minimum par support à la mise en place : 1 200 EUR. Les supports choisis seront intégralement arbitrés vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires si le seuil de pertes fixé est atteint.

**Allocation constante :** minimum à la mise en place : 1 200 EUR, montant minimum arbitré : 200 EUR, réallocation trimestrielle. Il n'est accessible que si l'investissement est affecté exclusivement en Gestion Libre, sans panachage avec la Gestion Conseillée. Ce service permet de réajuster trimestriellement votre capital en fonction de la répartition décidée lors de la mise en place du programme. Ce programme est exclusif des autres types de programmes d'arbitrages et concerne l'ensemble de la souscription.

## MODALITES DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

Prélèvement (joindre le RIB/BIC IBAN)

Date de prélèvement du versement initial : ..... (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours ouvrés avant cette date).

### MANDAT RECURRENT DE PRELEVEMENT SEPA

#### CREANCIER

Nom créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Communiquée ultérieurement dans le certificat de souscription.

#### Compte à débiter :

BIC | \_\_\_\_\_

IBAN | \_\_\_\_\_

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement initial

Chèque n° ..... tiré sur la banque ..... à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE

## INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur reconnaît avoir reçu un exemplaire du Document d'Informations Clés du contrat PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION et avoir disposé d'un délai suffisant pour lui permettre d'examiner ce document préalablement à la souscription. Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de souscription, et au préalable du projet de contrat valant Note d'Information relatif au contrat PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION, comprenant toutes les informations précontractuelles dans le cas où le contrat serait conclu dans le cadre d'une vente à distance, le cas échéant de l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, l'annexe financière de présentation des supports ainsi que du Document d'Information Clé pour l'Investisseur pour chaque OPC choisi, comme unité de compte, ou à défaut du document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents. L'exemplaire original de la présente demande de souscription, destiné à ORADEA VIE, vaut récépissé de l'ensemble de ces documents. En signant sa demande de souscription, le souscripteur reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date d'encaissement du chèque ou de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

### RÉCEPTION DU CERTIFICAT DE SOUSCRIPTION :

De convention expresse, il est convenu que le certificat de souscription sera présumé reçu à défaut de manifestation du souscripteur/assuré dans un délai de trente jours suivant la signature de la demande de souscription.

### MODALITÉS DE RENONCIATION :

Le souscripteur peut renoncer à sa souscription au présent contrat (sauf dans le cas où le souscripteur est une personne morale) pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, ou par envoi recommandé électronique à l'adresse électronique suivante : clients-oradeavie@socgen.com.

Elle peut être faite selon le modèle suivant : « Monsieur le Directeur général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à ma souscription au contrat PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION effectuée en date du ....., je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° ..... de ....., et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et Signature ».

La renonciation entraîne la restitution au souscripteur de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires à ORADEA VIE, en tant que responsable de traitement, pour la gestion de la présente demande. Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation remise au souscripteur. Elles permettent à ORADEA VIE d'identifier le souscripteur, de vérifier que le souscripteur remplisse les conditions de souscription à l'offre d'assurance, de calculer son tarif et mettre à sa disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de la relation entre ORADEA VIE et le souscripteur, utilisées pour l'exécution et la gestion de son contrat et pour répondre aux obligations légales et réglementaires d'ORADEA VIE. ORADEA VIE peut également utiliser les données du souscripteur pour lui proposer des offres commerciales pour des produits et services du Groupe SOGECAP, personnalisées selon ses besoins. ORADEA VIE met en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de ses données. Le souscripteur peut également, pour des raisons tenant à sa situation particulière, s'opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, selon les modalités décrites dans son projet de contrat valant Note d'Information et sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Des informations détaillées sur le traitement de ses données (finalités, exercice de ses droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans son projet de contrat valant Note d'Information.

Le Groupe SOGECAP a nommé un Délégué à la Protection des Données Personnelles joignable à l'adresse [dpo.assurances@socgen.com](mailto:dpo.assurances@socgen.com) ou ORADEA VIE - Délégué à la Protection des données - Tour D2 - 17 Bis Place des Reflets - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

Le souscripteur a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

**La date d'encaissement du chèque ou de prélèvement du versement initial, y compris les frais, détermine le point de départ des garanties.**

Fait à ....., le ..... Signature du souscripteur

**DEMANDE D'ACCÈS AU SERVICE DE CONSULTATION  
ET DE GESTION EN LIGNE**  
[www.lifassur.com](http://www.lifassur.com)

N° d'adhésion/souscription .....

**APPORTEUR**

Nom et code de l'apporteur .....

Nom et code du bureau (le cas échéant) .....

Nom et code du Conseiller commercial .....

**ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR**

M  Mme Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance ..... Date de naissance .....

Lieu de naissance : Commune ..... Département ou Pays .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Numéro de téléphone portable .....

Adresse e-mail .....

**DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR**

Je demande l'accès au Service de Consultation et de Gestion en ligne : [www.lifassur.com](http://www.lifassur.com)

Je déclare avoir reçu un exemplaire des Dispositions Générales du Service de consultation et de gestion en ligne, en avoir pris connaissance et y adhérer sans réserve.

Je déclare que l'ensemble des informations données à l'Assureur est exact et m'engage à informer l'Assureur de toute modification de quelque nature que ce soit affectant les éléments déclarés dans ce présent document.

Date et signature

(Précédées de la mention « Lu et approuvé »)

**A noter :**

Pour pouvoir effectuer vos versements libres en ligne, pensez à vérifier que vos coordonnées bancaires sont bien renseignées auprès de l'assureur. Dans le cas contraire, faites parvenir à l'assureur :

- Un mandat de prélèvement SEPA complété et signé.
- Le RIB correspondant

**Loi Informatique et libertés :**

Les informations à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour le traitement de l'opération. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE/SOGECAP pour des besoins de gestion, la prospection, l'animation commerciale et la réalisation d'études statistiques et patrimoniales. Elles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, courtiers et assureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont la législation en matière de protection des données personnelles n'est pas reconnue comme adéquate par l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès du conseiller ayant recueilli ces informations. Vous disposez également d'un droit d'opposition à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale que vous pouvez faire valoir à tout moment.

## MANDAT D'ARBITRAGES DES UNITES DE COMPTE DES CONTRATS « PATRIMEA PREMIUM » ET « PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION »

### ENTRE LES SOUSSIGNES

---

M  Mme  Mlle Nom ..... Nom de jeune fille .....  
Prénom ..... Date de naissance .....  
Lieu de naissance : Commune ..... Département ou Pays .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville..... Pays .....

Ci-après dénommé «le Mandant»

### ET

---

PATRIMEA, S.A.R.L au capital de 10 000 € - RCS de Paris sous le N°518 858 311 - Siège social : 91, rue du Faubourg Saint Honoré - 75008 Paris - Garantie financière et assurance responsabilité civile conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances dûment mandaté.

Ci-après dénommé «le Mandataire»

### PREAMBULE

---

Il est rappelé que le Mandant a par acte du ....., souscrit à un Contrat « **PATRIMEA PREMIUM** » ou « **PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION** » ci-après dénommé « le Contrat » auprès d'ORADEA VIE, société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 20 204 256 € entièrement libéré – entreprise régie par le code des assurances – RCS Nanterre B 430 435 669 – siège social : 50, avenue du Général de Gaulle - 92093 Paris la Défense cedex – services de gestion : 42, boulevard Alexandre Martin - 45057 Orléans cedex 1.

Le Contrat dont les garanties sont exprimées en euros et en unités de compte, permet au souscripteur d'accéder sous certaines conditions à une gestion Libre, ou une gestion conseillée. La gestion Libre offre la possibilité au souscripteur de choisir librement parmi toutes les unités de compte décrites dans l'annexe financière du Contrat « **PATRIMEA PREMIUM** » ou « **PATRIMEA PREMIUM CAPITALISATION** ».

La gestion conseillée permet au Mandant de déléguer la gestion de son capital au Mandataire, dont les caractéristiques sont définies dans le présent Mandat.

### CECI ÉTANT RAPPELÉ, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

#### ARTICLE 1 – OBJET

Le Mandant donne procuration au Mandataire afin d'effectuer en son nom et pour son compte, toutes demandes d'arbitrages entre les différentes unités de compte proposées dans la gestion conseillée du Contrat.

#### ARTICLE 2 – ETENDUE DU MANDAT

Le présent Mandat ne concerne que les unités de compte représentatives de valeurs mobilières prévues au Contrat à l'exclusion des SCI, SCPI et des supports structurés.

Paraphe
---------

### ARTICLE 3 – ORIENTATION DE GESTION

Le Mandant a donné procuration au Mandataire afin d'effectuer en son nom et pour son compte, toutes les opérations définies sous l'article 1 « OBJET » et conformément à l'orientation de gestion flexible définie ci-après :

**ALLOCATION Flexible : le degré d'exposition au marché des actions OPCVM varie entre 0 et 50%. Le Mandataire investira jusqu'à 50% maximum des actifs confiés dans des OPCVM actions, le solde étant investi sur d'autres supports OPCVM de type monétaire, obligataire et diversifié.**  
***Priorité à la performance avec une prise de risque modérée***

### ARTICLE 4 – OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES

Le Mandataire n'est pas tenu à une obligation de résultat, mais à une obligation de moyen. Il s'engage à faire bénéficier au Mandant de son bon jugement, de ses meilleurs efforts et de toutes ses compétences dans le cadre de l'exercice de ses pouvoirs indiqués ci-dessus.

Les opérations réalisées par le Mandataire, et autorisées dans le cadre du présent acte, seront effectuées aux seuls risques du Mandant.

Le Mandataire s'engage à informer ORADEA VIE par Lettre Recommandée avec Avis de Réception, de ce changement d'orientation de gestion, dans les 5 jours suivant la réception de la lettre du Mandant.

Ce changement de gestion prendra effet le 1er du mois qui suit la date de réception à ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1 de la demande du Mandant. Un délai minimal de trois jours ouvrés à compter de la réception à ORADEA VIE de la demande du Mandant devra être respecté.

À défaut, le changement de gestion ne pourra prendre effet que le mois suivant.

### ARTICLE 5 – DUREE, RESILIATION, CESSATION DU MANDAT

Le présent Mandat prend effet à compter de sa signature et est conclu pour une durée indéterminée. Le présent Mandat est résiliable à tout moment, à l'initiative :

- soit du Mandant,
- soit du Mandataire,

La résiliation prendra effet au terme d'un délai de préavis de 30 jours, à compter de la date de réception de la notification adressée auprès du Mandataire, par Lettre Recommandée avec Avis de Réception. Pendant la période de préavis, le Mandataire ne prendra plus l'initiative de nouvelles opérations d'arbitrage sur la gestion conseillée du Contrat, procédera au dénouement des opérations en cours et informera la société ORADEA VIE de la fin du mandat dans les 10 jours suivant la réception de la lettre de notification de résiliation.

Cette résiliation ne sera opposable à ORADEA VIE, 42 boulevard Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1 que cinq jours après la réception par Lettre Recommandée avec Avis de Réception de la lettre de notification de résiliation formulée par le Mandant. Tout acte qui aurait été réalisé par le Mandataire entre la date de cessation du Mandat et la date de son opposabilité auprès d'ORADEA VIE ne pourra, en aucune manière, engager la responsabilité de cette dernière.

Dès que la résiliation aura pris effet, le souscripteur pourra librement effectuer des arbitrages entre les différentes unités de compte proposées dans la gestion libre de son Contrat.

Le décès ou la mise sous tutelle du Mandant met fin de plein droit au Mandat. Cette cessation du Mandat sera opposable à l'assureur cinq jours après la réception à ORADEA VIE, 42 boulevard, Alexandre MARTIN, 45057 ORLEANS CEDEX 1 de l'acte de décès ou d'une copie du jugement de tutelle du Mandant envoyé par Lettre Recommandée avec Avis de Réception.

### ARTICLE 6 – RESPONSABILITE DE L'ASSUREUR

Le Mandant ou le Mandataire ne pourront rechercher la responsabilité d'ORADEA VIE en cas d'exécution défectueuse ou décevante, d'inexécution totale ou partielle du présent mandat.

Fait à Paris, en QUATRE exemplaires, le ..... dont un pour chaque partie et un pour ORADEA VIE.

Le Mandant

Le Mandataire et représentant



## FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES - PERSONNE PHYSIQUE

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RÉSIDENCE FISCALE - RÉGLEMENTATIONS FATCA / CRS

Cette fiche doit obligatoirement être signée par le client **pour chaque opération d'investissement (adhésion/souscription, versement) dès le 1<sup>er</sup> euro**. En cas d'adhésion/souscription conjointe, chacun des co-adhérents/co-souscripteurs complète et signe la présente fiche. En cas de pluralité de représentants légaux pour les personnes mineures et incapables majeurs, merci de renseigner et signer autant de fiche d'informations complémentaires.

### IMPORTANT

L'opération sera validée uniquement à réception d'un justificatif probant pour :

- Toute opération réalisée par une personne sensible<sup>(1)</sup> dès le 1<sup>er</sup> euro,
- Toute souscription ou versement ou remboursement d'avance (unitaire ou cumulés sur 12 mois) supérieur ou égal à 50 000 €.

A noter :

- Tous les champs relatifs à la partie IDENTIFICATION doivent être obligatoirement complétés (à défaut, le dossier sera considéré comme incomplet),
- Le motif de destination des fonds doit être indiqué pour les renonciations et octroi d'avances.

### SECTION I - IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

Nom et code de l'Intermédiaire d'assurance ayant présenté l'opération : \_\_\_\_\_

N° ORIAS : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération : \_\_\_\_\_

N° de la demande d'Adhésion/Souscription (hors nouvelle adhésion/souscription) : \_\_\_\_\_

### SECTION II - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

JUSTIFICATIF(S) D'IDENTITÉ A PRÉSENTER AU CONSEILLER (copie(s) recto/verso à joindre à la fiche)

- Pièce d'identité de l'Adhérent/Souscripteur en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour),
- Pièce d'identité en cours de validité du représentant légal si l'Adhérent/Souscripteur est une personne mineure ou protégée.

#### ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

##### Identification

Civilité  Mme  M

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance (si différent) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Pays de Naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays de résidence physique \_\_\_\_\_

Pays de résidence fiscale \_\_\_\_\_

Personne Politiquement Exposée :  OUI  NON

Si PPE, merci d'indiquer l'origine du patrimoine : \_\_\_\_\_

##### Situation familiale

Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

##### Régime matrimonial

Communauté universelle  Séparation de biens  
 Communauté réduite aux acquêts  Participation aux acquêts

#### REPRÉSENTANT LÉGAL OU CO-ADHÉRENT/CO-SOUSCRIPTEUR OU LE PAYEUR DE PRIME (S'IL EST DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Lien avec le souscripteur \_\_\_\_\_

##### Identification

Civilité  Mme  M

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance (si différent) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Pays de Naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays de résidence physique \_\_\_\_\_

Pays de résidence fiscale \_\_\_\_\_

##### Situation familiale

Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

##### Situation familiale

Communauté universelle  Séparation de biens  
 Communauté réduite aux acquêts  Participation aux acquêts

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées, les personnes résidant dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI ainsi que les personnes qui souhaitent verser des fonds en provenance de l'étranger ou appartenant à un tiers.

**ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR**

**Situation professionnelle**

En activité

Profession \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_

Catégorie socioprofessionnelle (cf. Annexe ) \_\_\_\_\_

**Retraite / Chômage** depuis le \_\_\_\_\_

Ancienne profession \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_

**Sans profession** (préciser la source des revenus du foyer fiscal)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Situation patrimoniale**

Revenus nets annuels du foyer fiscal \_\_\_\_\_ €

Patrimoine global du foyer fiscal \_\_\_\_\_ €

**Objectifs patrimoniaux du placement en assurance vie**

(plusieurs réponses possibles)

- Valoriser un capital
- Transmettre un capital en cas de décès
- Préparer sa retraite
- Financer un projet sur du long terme
- Utiliser un contrat comme instrument de garantie
- Disposer de revenus complémentaires immédiats
- En cas de coup dur

**REPRÉSENTANT LÉGAL OU CO-ADHÉRENT/CO-SOUSCRIPTEUR  
OU LE PAYEUR DE PRIME (S'IL EST DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)**

**Situation professionnelle**

En activité

Profession \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_

Catégorie socioprofessionnelle (cf. Annexe ) \_\_\_\_\_

**Retraite / Chômage** depuis le \_\_\_\_\_

Ancienne profession \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_

**Sans profession** (préciser la source des revenus du foyer fiscal)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Situation patrimoniale**

Revenus nets annuels du foyer fiscal \_\_\_\_\_ €

Patrimoine global du foyer fiscal \_\_\_\_\_ €

**Objectifs patrimoniaux du placement en assurance vie**

(plusieurs réponses possibles)

- Valoriser un capital
- Transmettre un capital en cas de décès
- Préparer sa retraite
- Financer un projet sur du long terme
- Utiliser un contrat comme instrument de garantie
- Disposer de revenus complémentaires immédiats
- En cas de coup dur

**SECTION III - INFORMATIONS SUR L'OPÉRATION**

**Opération**

**Type de l'opération**

- Adhésion / Souscription
- Versement complémentaire
- Versements programmés
- Renonciation
- Octroi d'avance
- Remboursement d'avance

**Montant de l'opération**

En chiffres \_\_\_\_\_ €

En lettres \_\_\_\_\_ €

**Moyen de paiement**

Chèque  Prélèvement  Virement en date du \_\_\_\_\_

Localisation de la banque émettrice  France  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

**Destination des fonds, à compléter obligatoirement en cas d'avances et de renonciations :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECTION IV - ORIGINE DU VERSEMENT / JUSTIFICATIFS A JOINDRE (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

Merci de cocher la ou les cases correspondantes dans le tableau ci-dessous pour toute opération et ce dès le 1er euro et de joindre les pièces justificatives dans les cas suivants :

- Adhésion/Souscription - Versement supérieur ou égal à 50 K€ (y compris les versements cumulés sur 12 mois) ;
- Adhésion/Souscription - Versement dès le premier € pour les personnes sensibles<sup>(1)</sup>

A noter : Le montant de l'opération doit correspondre en totalité à la ou les cases cochée(s).

Provenance des fonds	Justificatifs probants d'origine des fonds	Informations devant apparaître sur le justificatif
<input type="checkbox"/> Revenus (salaires, revenus professionnels, revenus du patrimoine privé)	- Relevé de compte sur lequel figurent les revenus du client OU - Bulletin de salaire.	- Montant des revenus
<input type="checkbox"/> Épargne/Placements	- Décompte de l'opération OU - Relevé bancaire en cas de transfert de compte	- Nature - Montant (correspondant au montant à justifier) - Date de transfert des fonds
<input type="checkbox"/> Prime exceptionnelle	- Bulletin de salaire OU - Relevé bancaire sur lequel figure la prime perçue	- Date et montant du versement de la prime
<input type="checkbox"/> Succession / Héritage	- Acte notarié de la succession OU - Attestation du notaire ET - Relevé bancaire ou chèque notarié.	- Date et montant de succession
<input type="checkbox"/> Donation	- Acte de donation OU - Déclaration 2735 de don manuel (visé par le Trésor Public) OU - Imprimé CERFA 11278*04 (visé par le Trésor Public)	- Nom du donateur - Lien avec le souscripteur - Date de la donation - Montant (correspondant au montant à justifier)
<input type="checkbox"/> Vente d'un bien immobilier	- Acte de vente signé par les intervenants OU - Attestation du notaire ET - Virement de SCP/ Chèque de notaire	- Date de la vente - Objet de la vente - Prix de la vente <b>Attention</b> : Si la vente date de plus de six mois, un relevé de compte doit être fourni permettant de constater que les fonds sont restés sur un compte bancaire.
<input type="checkbox"/> Vente de biens mobiliers (participation, fonds de commerce, parts ou actions de la société, œuvres d'arts...etc.)	- Acte de vente ou du protocole de cession OU - Attestation du notaire / Attestation d'avocat conseil certifiant la vente, son prix et le montant.	- Date de la vente - Objet de la vente - Prix de la vente <b>Attention</b> : Si la vente date de plus de six mois, un relevé de compte doit être fourni permettant de constater que les fonds sont restés sur un compte bancaire.
<input type="checkbox"/> Gain au jeu	- Copie du Chèque de la Française des Jeux ou du PMU (lettre adressée au gagnant)	- Date - Montant
<input type="checkbox"/> Contrat d'assurance vie	- Lettre de la compagnie confirmant le paiement	- La date de placement - Le montant - Nom de la compagnie
<input type="checkbox"/> Indemnité d'assurance / Dommages-intérêts	- Copie du chèque de la Compagnie d'assurance ou de la CARPA	- Date - Montant
<input type="checkbox"/> Distribution de dividendes	- Relevé bancaire ET - Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération OU - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération	- La date - Le montant - L'opération
<input type="checkbox"/> Remboursement de compte courant d'associés	- Attestation de l'expert comptable certifiant l'opération ET - Relevé bancaire	- La date - Le montant - L'opération
<input type="checkbox"/> Autres cas	- Fournir un justificatif probant.	

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées, les personnes résidant dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI ainsi que les personnes qui souhaitent verser des fonds en provenance de l'étranger ou appartenant à un tiers.

## SECTION V - ATTESTATIONS ET SIGNATURES

### CLIENT

- Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans la présente Fiche d'Informations Complémentaires.
- Je certifie que les sommes versées au titre de cette opération n'ont pas d'origine délictueuse au sens des lois et règlements relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
- Je reconnais avoir reçu une copie de la présente Fiche d'Informations Complémentaires.
- **Protection des données personnelles** : Dans le cadre du présent formulaire, ORADEA VIE S.A. est conduite à recueillir des données à caractère personnel vous concernant, en qualité de responsable de traitement. Les données collectées font l'objet de traitements et sont obligatoires pour l'identification et la détermination de votre statut fiscal conformément aux obligations légales et réglementations applicables. Vos données à caractère personnel pourront être conservées pour une durée de six (6) ans. Ces données ainsi que toute information relative à vos contrats, présents et futurs y compris leur valeur de rachat et les opérations enregistrées sur ces derniers pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales de SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ASSURANCES et du groupe SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ainsi qu'en tant que de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. À ce titre, ORADEA VIE. S.A. met en oeuvre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour assurer la sécurité de vos données à caractère personnel qui pourront également être communiquées, aux organismes officiels et aux autorités administratives et judiciaires habilitées du pays concerné, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la lutte contre la fraude et la détermination du statut fiscal. Vous disposez d'un droit d'accès à vos données à caractère personnel, de rectification et d'effacement et de limitation du traitement dans les conditions prévues par la réglementation applicable. Vous pouvez exercer vos droits ainsi que contacter le délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse suivante : [dpo-assurances.assu@socgen.com](mailto:dpo-assurances.assu@socgen.com) ou à partir de notre site internet à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donnees-personnelles>.

Si vous n'êtes pas l'adhérent / souscripteur du contrat, merci d'indiquer en quelle qualité (représentant légal, tuteur, curateur, avocat,...), vous signez la présente fiche d'Informations Complémentaires. Si vous signez en vertu d'une procuration, merci de joindre une copie de la procuration.

Qualité : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé », de l'Adhérent/Souscripteur ou de son représentant légal » :

### INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE AYANT PRÉSENTÉ L'OPÉRATION

■ J'atteste avoir identifié physiquement le client pour cette opération ou le cas échéant, j'atteste avoir appliqué l'une des mesures de vigilance suivantes (merci de cocher la case correspondante) :

- Obtenir une copie d'un document mentionné aux 3° à 5° de l'article R. 561-5-1 ainsi que d'un document justificatif supplémentaire permettant de confirmer l'identité du client ;
- Mettre en oeuvre des mesures de vérification et de certification de la copie d'un document officiel ou d'un extrait de registre officiel mentionné aux 3° à 5° de l'article R. 561-5-1 par un tiers indépendant de la personne à identifier ;
- Exiger que le premier paiement des opérations soit effectué en provenance ou à destination d'un compte ouvert au nom du client auprès d'une personne mentionnée aux 1° à 6° bis de l'article L. 561-2 établie dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de l'économie ;
- Obtenir directement une confirmation de l'identité du client de la part d'un tiers remplissant les conditions prévues au 1° ou au 2° de l'article L. 561-7 ;
- Recourir à un moyen d'identification électronique délivré dans le cadre d'un schéma français d'identification électronique notifié à la Commission européenne en application du paragraphe 1 de l'article 9 du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur ou d'un schéma notifié par un autre Etat membre de l'Union européenne dans les mêmes conditions, dont le niveau de garantie correspond au niveau de garantie substantiel fixé par ce même règlement ;
- Recueillir une signature électronique avancée ou qualifiée ou un cachet électronique avancé ou qualifié valide reposant sur un certificat qualifié comportant l'identité du signataire ou du créateur de cachet et délivré par un prestataire de service de confiance qualifié inscrit sur une liste de confiance nationale en application de l'article 22 du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur.

Parmi les mesures mentionnées ci-dessus, les personnes mentionnées à l'article L. 561-2 choisissent les mesures qui, combinées entre elles, permettent la vérification de tous les éléments d'identification du client mentionnés à l'article R. 561-5.

- J'estime que les informations portées à ma connaissance ne laissent pas supposer que les sommes faisant l'objet de la présente Fiche d'Informations Complémentaires pourraient avoir une origine délictueuse au sens des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, 324-1 et suivants du Code pénal, 421-2-2 et suivants du Code pénal et 415 du Code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.
- J'atteste que l'opération est en cohérence avec la situation patrimoniale et financière du Client.
- Je m'engage à porter à la connaissance d'ORADEA VIE, tout changement de situation du client (adresse, résidence fiscale, profession, situation économique...).

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature de l'intermédiaire d'assurance :

**NB** : Le Client et l'Intermédiaire d'assurance conservent chacun une copie de la présente fiche. L'original doit être envoyé à ORADEA VIE (42 Boulevard Alexandre Martin 45057 ORLEANS cedex 1).

### LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DE NIVEAU 3 (SOURCE INSEE) :

- |   |   |
|---|---|
| 11 Agriculteurs sur petite exploitation                                       | 55 Employés de commerce   |
| 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation                                      | 56 Personnels des services directs aux particuliers                                     |
| 13 Agriculteurs sur grande exploitation                                       | 62 Ouvriers qualifiés de type industriel  |
| 21 Artisans   | 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal   |
| 22 Commerçants et assimilés   | 64 Chauffeurs   |
| 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus                                  | 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport                  |
| 31 Professions libérales  | 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel  |
| 33 Cadres de la fonction publique   | 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal   |
| 34 Professeurs, professions scientifiques                                     | 69 Ouvriers agricoles   |
| 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles                   | 71 Anciens agriculteurs exploitants   |
| 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise                          | 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise                                    |
| 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise                               | 74 Anciens cadres   |
| 42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés                          | 75 Anciennes professions intermédiaires   |
| 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social                | 77 Anciens employés   |
| 44 Clergé, religieux  | 78 Anciens ouvriers   |
| 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique         | 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé  |
| 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises | 83 Militaires du contingent   |
| 47 Techniciens  | 84 Élèves, étudiants  |
| 48 Contremaîtres, agents de maîtrise  | 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) |
| 52 Employés civils et agents de service de la fonction publique               | 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)  |
| 53 Policiers et militaires  |   |
| 54 Employés administratifs d'entreprise                                       |   |

## FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RÉSIDENCE FISCALE PERSONNE PHYSIQUE

RÉGLEMENTATIONS FATCA/CRS (Substitut au formulaire W8-Ben)

DOCUMENT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**Merci de lire les mentions ci-dessous avant de compléter ce formulaire :**

La réglementation fiscale exige qu'ORADEA VIE recueille et déclare certaines informations sur la résidence fiscale du titulaire de compte. Le terme « réglementation fiscale » fait référence aux réglementations qui permettent l'échange automatique d'informations incluant la réglementation américaine « Foreign Account Tax Compliance Act ('FATCA') » et la norme OCDE d'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers dite « Common Reporting Standard » ('CRS').

Afin de permettre à ORADEA VIE de se conformer à ses obligations de déclaration aux autorités fiscales compétentes, vous devez indiquer la résidence fiscale de la personne ou des personnes identifiée(s) comme titulaire(s) du contrat.

### IMPORTANT

Le formulaire d'auto-certification Fatca/CRS est obligatoire pour tout versement et changement de circonstances modifiant le précédent statut de l'Adhérent/Souscripteur au regard de Fatca/CRS (l'information doit être communiquée à l'assureur dans un délai de 90 jours suivant ce changement de circonstances).

En cas de pluralité des Adhérents/Souscripteurs ou des représentants légaux, chaque Co-Adhérent/Co-Souscripteur ou représentant légal doit compléter un formulaire.

ORADEA VIE n'est pas habilitée à remplir ce document pour votre compte. Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire ou comment déterminer votre résidence fiscale, nous vous invitons à consulter votre conseiller.

### SECTION 1 - IDENTIFICATION DU CLIENT (Identité de l'Adhérent/Souscripteur/Payeur de prime)

#### Adhérent/Souscripteur

Civilité  Mme  M

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance (si différent) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

#### Représentant légal ou Co-adhérent/Co-souscripteur ou le payeur de prime (s'il est différent du souscripteur)

Civilité  Mme  M

Nom \_\_\_\_\_

Nom de naissance (si différent) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

### SECTION 2 - PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE

#### Auto-certification FATCA

Je déclare (cocher les cases correspondant à votre situation) :

- être citoyen (nationalité unique ou double) ou résident des États-Unis (vous avez possédé ou possédez un permis de séjour américain « green card ») (**merci de compléter le formulaire W9**).
- répondre aux autres critères de définition du statut de « US Person » à savoir :
  - un lieu de naissance aux États-Unis ;
  - une adresse postale aux États-Unis y compris en boîte postale US ou une adresse « à l'attention de » aux États-Unis ; un numéro de téléphone aux États-Unis,
  - un ordre de virement permanent vers un compte maintenu aux États-Unis,
  - une procuration au profit d'une personne ayant son domicile aux États-Unis.(**merci de joindre une pièce d'identité non US, et le cas échéant le certificat de perte de nationalité US**).

Je déclare, le cas échéant :

- Être résident fiscal français ou résident fiscal d'un Etat autre que les États-Unis et ne pas répondre aux critères de définition du statut de « US Person ».

**Je m'engage à informer immédiatement ORADEA VIE de tout événement en lien avec mon statut au sens de la réglementation Fatca dans un délai de 90 jours.**

#### Auto-certification CRS

La résidence fiscale principale du Souscripteur/Adhérent est la suivante (Merci de nommer le pays) : \_\_\_\_\_

Le pays de résidence fiscale fournit-il un NIF (Numéro d'Identification Fiscale) à ses résidents ?  OUI  NON

Si OUI  Je certifie que le NIF du titulaire de compte est le suivant \_\_\_\_\_

Je ne suis pas en mesure de fournir un NIF (Merci de cocher la case le cas échéant)

Préciser le motif \_\_\_\_\_

#### Confirmation de l'unicité de la résidence fiscale

- Je certifie que je ne suis pas (ou que l'Adhérent/Souscripteur n'est pas) résident fiscal d'un autre pays que celui cité précédemment. Si vous avez d'autres résidences fiscales, merci de compléter la **SECTION 3**.

### SECTION 3 - AUTRES PAYS DE RÉSIDENCE (SI APPLICABLE)

Je certifie qu'en plus du pays mentionné précédemment en tant que résidence fiscale principale, l'adhérent/ souscripteur ou le payeur de prime est résident fiscal dans les pays suivants :

Pays : \_\_\_\_\_ NIF : \_\_\_\_\_ ou NIF Indisponible :   
Pays : \_\_\_\_\_ NIF : \_\_\_\_\_ ou NIF Indisponible :   
Pays : \_\_\_\_\_ NIF : \_\_\_\_\_ ou NIF Indisponible :   
Pays : \_\_\_\_\_ NIF : \_\_\_\_\_ ou NIF Indisponible :

Merci de préciser la raison pour laquelle le(s) NIF(s) est (sont) indisponible(s) : \_\_\_\_\_

### ATTESTATIONS ET SIGNATURES

#### CLIENT

##### Autorisations et engagements

■ Je reconnais et accepte que, conformément à l'article 1649 AC du CGI<sup>(1)</sup>, toute information contenue dans cette auto-certification et tous documents destinés à déterminer mon statut fiscal, ainsi que toute information relative à mes contrats, présents et futurs y compris leur valeur de rachat et les opérations enregistrées sur ces derniers, soit transmise (i) à toute autorité à laquelle ORADEA VIE est tenue de communiquer des informations, (ii) à toute entité à laquelle ORADEA VIE confie ses obligations de déclaration, y compris à Société Générale (iii) à toutes autres parties selon ce que ORADEA VIE peut estimer nécessaire pour se conformer à la réglementation applicable ou pour éviter toute violation potentielle de cette réglementation.

##### Déclaration et signature

■ Je reconnais avoir reçu une copie du présent formulaire.  
■ Je certifie sur l'honneur que les éléments relatifs à la détermination de ma (mes) résidence(s) fiscale(s) sont exacts et conformes à la réalité.  
■ Je m'engage à informer sans délai l'intermédiaire d'assurance ou l'assureur de tout changement de circonstances pouvant modifier mes informations fiscales, et le cas échéant à fournir les justificatifs appropriés et une nouvelle auto-certification dans un délai de 90 jours.

##### Protection des données personnelles

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du présent formulaire sont obligatoires pour l'établissement et la qualification de votre statut fiscal conformément aux réglementations applicables. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion et notamment la sélection des risques, la prévention des incidents et fraudes, la connaissance du client et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données personnelles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées à la Société Générale, ainsi qu'aux autorités compétentes de type autorités fiscales. Certains de ces destinataires peuvent être, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont les législations en matière de protection des données diffèrent de celles de l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données personnelles vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès d'ORADEA VIE ou du conseiller ayant recueilli ces informations.

##### Je certifie que la personne nommée en SECTION 1 de ce formulaire :

- Est une « Personne US déterminée (Specified US Person) » **Si vous êtes une « Personne US déterminée (Specified US Person) »** au sens de la définition de l'IRS (administration fiscale américaine), vous devez également compléter et fournir le formulaire W-9 de l'IRS.  
 N'est pas une « Personne US déterminée (Non Specified US Person) ».

Si vous n'êtes pas l'Adhérent/Souscripteur du contrat, merci d'indiquer en quelle qualité (représentant légal, tuteur, curateur, avocat,...), vous signez la présente auto-certification.

Si vous signez en vertu d'une procuration, merci de joindre une copie de la procuration.

Qualité : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé », de l'Adhérent/Souscripteur ou de son représentant légal » :

#### INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE AYANT PRÉSENTÉ L'OPÉRATION

■ Je m'engage à porter à la connaissance d'ORADEA VIE, tout changement de situation du client (adresse, résidence fiscale, profession, situation économique...).

■ Je certifie que l'ensemble des informations apportées dans cette fiche sont en cohérence avec ma connaissance actualisée du client. Je m'engage à faire signer une nouvelle auto certification dès la connaissance d'un changement de circonstance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé », de l'intermédiaire d'assurance » :

**NB** : Le Client et l'Intermédiaire d'assurance conservent chacun une copie de la présente fiche. L'original doit être envoyé à ORADEA VIE (42 Boulevard Alexandre Martin 45057 ORLEANS cedex 1).

(1) ART. 1649 AC du Code Général des Impôts : Les teneurs de compte, les organismes d'assurance et assimilés et toute autre institution financière mentionnent, sur une déclaration déposée dans des conditions et délais fixés par décret, les informations requises pour l'application des conventions conclues par la France permettant un échange automatique d'informations à des fins fiscales. Ces informations peuvent notamment concerner tout revenu de capitaux mobiliers ainsi que les soldes des comptes et la valeur de rachat des bons ou contrats de capitalisation et placements de même nature. Afin de satisfaire aux obligations mentionnées au premier alinéa, ils mettent en oeuvre, y compris au moyen de traitements de données à caractère personnel, les diligences nécessaires en matière d'identification et de déclaration des comptes, des paiements et des personnes.