

QUESTIONNAIRE CONNAISSANCE CLIENT

PERSONNE MORALE

Ce questionnaire doit obligatoirement être signé par le client Personne Morale pour toute souscription d'un contrat de capitalisation de PREPAR-VIE dès le 1^{er} euro.

DOCUMENT À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION DE RÉSIDENCE FISCALE DESTINÉ AUX ENTITÉS

IMPORTANT

L'opération sera validée uniquement à réception d'un justificatif probant pour toute souscription dès le 1^{er} euro.

A noter : tous les champs relatifs à la partie IDENTIFICATION doivent être obligatoirement complétés (à défaut, le dossier sera considéré comme incomplet).

SECTION I - IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

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

Nº ORIAS :

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération :

SECTION II - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

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

- Extrait Kbis original de moins de 3 mois et statuts à jour précisant les actionnaires Personnes Physiques et Personnes Morales,
 - Pièce d'identité en cours de validité du représentant légal de la Personne Morale,
 - Pièce d'identité en cours de validité des associés détenant au moins 25 % du capital social ou des droits de vote (bénéficiaire effectif¹),
 - Etats financiers (bilan et comptes de résultats du dernier exercice clos).

Entreprise Souscriptrice

N° Client PREPAR (s'il est déjà connu) :

Nom de l'entreprise/dénomination sociale :

Forme juridique : N° de Siret :

Adresse légale :

Adresse postale :

.....localizacão..... Reita portaria.....

Représentée par :

Q.M. Q.Mme :

Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil

Régime fiscal : IR IS Autre, précisez :

Dater et parapher

¹ Personnes Physiques et/ou Personnes Morales détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote.

Identification du (ou des) représentant(s) de la Personne Morale

	Représentant 1	Représentant 2	Représentant 3
Nom et prénom			
Nom de naissance (s'il est différent)			
Date de naissance			
Pays de naissance			
Qualité (dirigeant, gérant, président)			
Nationalité			
Pays de résidence physique			
Pays de résidence fiscale			

Si plus de 3 Représentants, merci de joindre sur papier libre la liste des Représentants supplémentaires en précisant les informations ci-dessus.

Identification des Bénéficiaires effectifs de la Personne Morale

Personne(s) physique(s), contrôlant en dernier lieu et détenant directement ou indirectement plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société ou qui exercent, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur la société au sens des 3° et 4° du I de l'article L.233-3 du code de commerce, ou la ou les personnes physiques désignées par défaut à l'article R 561-1 du code monétaire et financier.

	Bénéficiaire effectif 1	Bénéficiaire effectif 2	Bénéficiaire effectif 3
Nom et prénom ou dénomination			
Nom de naissance (s'il est différent)			
Date de naissance ou date de création			
Pays de naissance ou pays de siège social			
Qualité (dirigeant, gérant, président)			
Profession			
Nationalité			
Pays de résidence physique			
Pays de résidence fiscale			
% détenu (capital ou droits de vote)			

Si plus de 3 Bénéficiaires effectifs, merci de joindre sur papier libre la liste des Bénéficiaires effectifs supplémentaires en précisant les informations ci-dessus.

Si un Bénéficiaire effectif est une Personne Morale, merci de joindre sur papier libre la liste les Personnes Physiques ou Morales détenant directement ou indirectement plus de 25 % de cette dernière.

Dater et parapher

Informations financières (du dernier exercice clos)

Date du dernier exercice clos :

Personne Morale soumise à l'IS :

Chiffre d'affaires : € Résultat net annuel : €

Personne Morale soumise à l'IR :

Revenus imposables déclarés de la Personne Morale : €
(hors revenus des Personnes Physiques du foyer fiscal)

Composition du patrimoine :

Trésorerie : € Actifs non financiers : € Actifs immobiliers : €

SECTION III - EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE SERVICES D'INVESTISSEMENT

■ Votre connaissance des marchés financiers est : (1 seule réponse)

- inexistante modérée correcte bonne éprouvée

■ Avez-vous déjà réalisé des transactions : (Plusieurs réponses possibles)

- non aucune
 sur OPC monétaires ou garantis
 sur obligations, fonds obligataires, fonds actions
 sur actions cotées
 sur produits dérivés, warrants, marchés émergents, gestion alternative

■ Avez-vous par le passé, réalisé des gains ou des pertes significatives, du fait de l'évolution des marchés financiers ? (1 seule réponse)

- oui, des gains et des pertes
 oui, surtout des gains
 oui, surtout des pertes
 non ou sans objet

■ Si la valeur de vos placements investis sur les marchés financiers venait à baisser subitement de manière conséquente, vous auriez plutôt tendance à : (1 seule réponse)

- vendre attendre que les valeurs remontent profiter de la baisse pour investir

■ Avez-vous déjà eu recours à l'un de ces types de gestion ? (Plusieurs réponses possibles)

- gestion sous mandat
 gestion conseillée
 je gère moi-même
 aucun de ces cas

SECTION IV - OBJECTIFS DE PLACEMENT

■ Quel sont vos objectifs patrimoniaux en assurance vie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Gestion de trésorerie Diversification des placements Valoriser un capital Sécuriser un capital

■ Quel est votre horizon de placement ? (1 seule réponse)

- moins de 5 ans entre 5 et 8 ans plus de 8 ans

■ Pour votre (vos) placement(s), vous diriez que vous souhaitez plutôt : (1 seule réponse)

- accepter un risque faible, quitte à bénéficier d'une performance moins élevée
(vous tolérez une perte éventuelle faible, par exemple inférieure à 10 %)
 prendre un risque mesuré dans le but d'améliorer le rendement de votre (vos) placement(s)
(vous tolérez une perte éventuelle moyenne, par exemple de 10 % à 30 %)
 prendre des risques importants en capital en vue d'obtenir un rendement élevé
(vous tolérez une perte éventuelle importante, par exemple supérieure à 30 %)

Dater et parapher

SECTION V - ATTESTATIONS ET SIGNATURES

CLIENT

- Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans le présent Questionnaire Connaissance Client - Personne Morale.
- Je reconnais avoir reçu une copie du présent Questionnaire Connaissance Client - Personne Morale.
- **Protection des données personnelles :** Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mail (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires.

En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mail (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mail (www.bloctel.gouv.fr).

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet <https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles>.

- En cochant cette case, je certifie être le représentant légal (ou tout autre personne autorisée à signer) et avoir la capacité à signer au nom de l'entité renseignée dans ce Questionnaire.

Nom du représentant de l'entité :

Fonction du représentant :

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération :

Fait à

Le

Signature, précédée de la mention « *Lu et approuvé* », du représentant légal de l'entité ou de la personne autorisée à signer :

NB : Le Client et l'Intermédiaire d'assurance conservent chacun une copie du présent Questionnaire. L'original doit être envoyé à PREPAR-VIE.