

SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de  
26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances  
RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725\_01YSGB  
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets  
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris  
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.  
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.  
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439  
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité  
civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

## DEMANDE D'OPÉRATIONS CONTRAT UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage  
(Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

**Destinataire : ORADEA VIE ORLÉANS**  
42, bd Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Signature : \_\_\_\_\_

Demande d'opérations présentée par : .....

Nom et code du conseiller : .....

### A NOTER

- La Fiched'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) se trouvant à la fin de la demande d'opérations, doivent être désormais complétés et joints **uniquement pour les demandes de versements dès le 1er euro (parties 2 et 3)**.
- La partie 1 (Souscripteur) doit être intégralement complétée pour toute(s) demande(s) d'opération(s).

## 1 - SOUSCRIPTEUR PERSONNE PHYSIQUE

### ☐ SOUSCRIPTEUR

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance ..... Prénom .....

Date de naissance .....

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

Adresse .....

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

Pays .....

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

Nationalité ..... E-mail .....

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 SOUMISE A L'IMPÔT SUR LES REVENUS

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

Dénomination sociale .....

Catégorie juridique .....

Numéro SIREN ..... Date de création .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) ☐

REPRÉSENTANT DE LA SOCIÉTÉ SOUSCRIPTRICE - joindre la photocopie de la pièce d'identité certifiée conforme par le courtier.

☐ M ☐ Mme Nom ..... Nom de naissance .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) ☐

■ Les bénéficiaires effectifs sont les personnes physiques et personnes morales détenant directement ou indirectement plus de 25% du capital ou des droits de vote.

	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 du siège social			
Qualité (dirigeant, gérant, président)			
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 des personnes physiques ou morales détenant directement ou indirectement plus de 25%.

INFORMATIONS FINANCIÈRES (DU DERNIER EXERCICE CLOS)

Date du dernier exercice clos : .....  
Personne morale soumise à l'IR : Revenus imposables déclarés de la personne morale : ..... EUR  
(hors revenus des personnes physiques du foyer fiscal)  
Composition du patrimoine :  
Trésorerie : ..... EUR    Actifs non financiers : ..... EUR    Actifs immobiliers : ..... EUR

OBJECTIFS PATRIMONIAUX EN CONTRAT DE CAPITALISATION

- ☐ Gestion de trésorerie
- ☐ Diversification des placements
- ☐ Valorisation d'un capital
- ☐ Sécurisation d'un capital

OPÉRATION(S) CONCERNÉE(S) merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s)

- ☐ Demande de versement libre - Points 2 et 4
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de versements programmés - Points 3 et 4
- ☐ Demande d'arbitrage - Point 5
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages - Point 6
- ☐ Demande de changement de type de gestion - Point 7
- ☐ Demande de rachat total ou partiel - Point 8
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt des rachats partiels programmés - Point 9

## 2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera également requis en cas de changement de situation.**

Le versement doit être effectué conformément au type de gestion choisi. Si vous souhaitez le modifier, la partie 7 « Demande de changement de type de gestion » doit être complétée.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de ..... EUR

Soit en lettres : .....

Dont frais sur versement : ..... % (5% maximum)

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein de la Gestion Déléguée :**

•Part du versement investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée : ..... EUR

Pour la part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, indiquer la répartition du versement entre les supports dans le tableau ci-dessous.

•Part du versement investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée : ..... EUR

Pour la part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée, la répartition de votre versement entre les supports proposés au contrat sera réalisée conformément à l'orientation de gestion définie dans le document intitulé « mandat d'ordre d'arbitrage » que vous aurez signé avec votre mandataire.

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)		..... EUR

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

☐ **Au sein de la Gestion Assistée**

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	..... EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	..... EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	..... EUR

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

### 3 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera requis en cas de changement de situation.**

Les versements programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, SCPI, OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée et du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée.

☐ **Je demande la mise en place** de versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date du 1<sup>er</sup> versement programmé [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

☐ **Je demande la modification** de mes versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date d'effet de la modification [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant des versements programmés (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

☐ **Je demande l'arrêt** de mes versements programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....

## 4 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

**A compléter pour toute demande de versement (partie 2 et/ou partie 3).**

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

- ☐
- Immédiat

- ☐
- Différé

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

## MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## CRÉANCIER

Nom du 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) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

**Compte à débiter :**

BIC | | | | | | | | | | |

[illegible]

- ☐ Autre mode de paiement prévu par le contrat (préciser les références de votre paiement) : .....

## 5 - DEMANDE D'ARBITRAGE

Passé un délai de trente jours à compter de la date d'effet de votre contrat, vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés sauf si vous avez un programme d'arbitrages d'allocation constante en cours (cf. le paragraphe « Les arbitrages » de votre projet de contrat valant Note d'Information).

Le montant minimum arbitré d'un support vers un autre est de 1500 EUR. Lorsque la totalité du capital constitué sur un support n'est pas arbitré, le montant restant sur ce support après arbitrage doit être supérieur ou égal à 1500 EUR.

☐ **Au sein de la Gestion Assistée**

Vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différentes options d'investissement :

- L'option « Délégation de gestion »
- L'option support Sécurité en euros
- L'option supports SCPI

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

Frais d'arbitrage : ..... % (0,50% des sommes arbitrées).

À ce taux s'ajoute 0,50 % pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée**

☐ **Du « Compartiment Libre » vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée**

☐ **Du « Compartiment Géré » vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée**

■ **Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par supports :**

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir	Codes ISIN	Montant en euros Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR/support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

■ **Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par support pour un arbitrage au sein de la Gestion Libre ou vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée :**

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		<b>100%</b>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Pour un arbitrage du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, la part affectée au « Compartiment Géré » sera investie selon la répartition du versement par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier.

Dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, vous n'avez pas la possibilité de modifier librement la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés. Des arbitrages seront réalisés conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec votre mandataire.

Le montant arbitré en sortie de l'OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente d'investissement de référence.

## 6 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE PROGRAMMES D'ARBITRAGES

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

Les programmes d'arbitrage ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI.

**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.

☐ Mise en place

☐ Modification

Les services d'arbitrages programmés peuvent être interrompus à tout moment (se référer au projet de contrat valant Note d'Information).

Frais d'arbitrage : 0,50% des sommes arbitrées.

Investissement progressif Montant global : ..... € 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	Dynamisation du rendement	Codes ISIN et libellés des supports visés par le programme d'arbitrages	Sécurisation des gains  Vers le support Sécurité en euros  Seuil de gain déclenchant l'arbitrage (+5 % min)	Allocation constante  Exclusif des autres programmes  Répartition totale : 100%	Limitation des pertes  Vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires Seuil de perte déclenchant l'arbitrage (-5% min)
<input type="checkbox"/> Du support Sécurité en euros, ou du support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires vers le(s) support(s) :	Du support Sécurité en euros vers le(s) support(s) : 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 d'opération.

**Investissement progressif** : minimum sur le support Sécurité en euros ou sur le support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires 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.

**Allocation constante** : **minimum à la mise en place** : minimum à la mise en place : 1 200 EUR, montant minimum arbitré : 200 EUR, réallocation trimestrielle. 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.

**Limitation des pertes** : **minimum par support à la mise en place** : 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.

☐ Arrêt du/des programmes d'arbitrages à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....

☐ Investissement progressif

☐ Dynamisation du rendement

☐ Sécurisation des gains

☐ Allocation constante

☐ Limitation des pertes

## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION

Se référer au projet de contrat valant Note d'Information, en particulier le paragraphe « changement de gestion » pour consulter les modalités de changement de gestion.

En dehors des frais d'arbitrage, le changement de type de gestion n'entraîne pas de frais supplémentaires.

Cocher la case correspondante à la modification souhaitée :

☐ **Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Déléguée à la Gestion Assistée**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Option délégation de gestion (minimum 25 000 EUR)	..... EUR
Option SCPI ( Minimum 100 EUR)	..... EUR
Option Support Sécurité en euros (Minimum 100 EUR)	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris - minimum 1 200 EUR)	..... EUR

☐ **Passage de la Gestion Déléguée ou de la Gestion Assistée à la Gestion Libre**

A compter de la prise d'effet du changement du type de gestion, la répartition de votre capital pourra donc être effectuée librement.

Lors du passage de la Gestion Déléguée à la Gestion Libre, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée s'ils sont éligibles à la Gestion Libre. **Les supports du « Compartiment Géré » seront, quant à eux, désinvestis en totalité.**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur la Gestion Libre :**

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		<b>100%</b>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCV est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.



## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION (SUITE)

### ☐ Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Assistée à la Gestion Déléguée

Frais de gestion annuel de la Gestion Déléguée : 1,503%

Il prendra effet au maximum dans les deux jours ouvrés qui suivent la réception de la demande par ORADEA VIE. Pour toute demande reçue un jour non ouvré, la date d'effet est en revanche établie à compter du deuxième jour ouvré qui suit le jour ouvré suivant la date de réception. **A compter de la prise d'effet du changement de type de gestion, la répartition de votre capital ne sera plus arbitrée selon le mandat d'arbitrage pour l'option délégation de gestion dans le cadre de la Gestion Assistée.**

Lors du passage à la Gestion Déléguée, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur la Gestion Libre s'ils sont éligibles au « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre de la Gestion Libre :

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur le « Compartiment Libre » et « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée		.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée		.....%
		100%

Le capital que vous souhaitez investir dans le « Compartiment Géré » sera investi selon la répartition du capital effectuée par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier et joint au document « Demande de changement de type de gestion » que vous aurez rempli et signé. **Le capital constitué sur le « Compartiment Géré » doit être au minimum de 30 000 EUR lors du passage à la Gestion Déléguée.**

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs.

## 8 - DEMANDE DE RACHAT PARTIEL OU TOTAL

**Choix du rachat :**

- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel brut** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel net** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**
- ☐ **Vous effectuez un rachat total** : votre montant perçu sera égal à la valorisation du contrat, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.

**Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :**

**Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :**

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Jedemande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et atteste sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

Si vous souhaitez un rachat partiel, précisez ci-dessous la répartition du rachat par support (pour la totalité d'un support, n'indiquez pas de montant, cocher la case « rachat total ». Le rachat partiel doit être au minimum 1500 € pour la Gestion Libre et le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, et supérieur ou égal à 30 000 € pour le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée. Le nouveau montant du capital constitué sur le support après le rachat doit être supérieur à 1500 € pour la Gestion Libre et 25 000 € pour la Gestion Assistée.

**Motif du rachat - Personnes physiques :**

- ☐ Investissement immobilier      ☐ Règlements d'impôts      ☐ Donation/aide enfant  
☐ Remboursement prêt ou avance      ☐ Autres placements financiers      ☐ Maladie/invalidité  
☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)  
☐ Autres dépenses .....

**Motif du rachat - Personnes morales :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Investissement immobilier | <input type="checkbox"/> Règlements d'impôts          | <input type="checkbox"/> Remboursement prêt ou avance |
| <input type="checkbox"/> Besoin de trésorerie      | <input type="checkbox"/> Autres placements financiers | <input type="checkbox"/> Dons caritatifs              |
| <input type="checkbox"/> Autres dépenses .....     |   |   |

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support	Rachat total du support
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL DES RACHATS		EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

**Compte à créditer :**

BIC | | | | | | | | | | |

[illegible]

## 9 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DES RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur l'adhésion doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les supports SCI, SCPI et OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée, et dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée.

### Choix des rachats programmés, cocher la case correspondante :

- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés bruts** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés nets** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**

### Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :

Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

### Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Je demande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et atteste sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

### Motif du rachat (cochez la case correspondante uniquement en cas de mise en place de rachats partiels programmés) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Donation/aide enfant
- ☐ Remboursement prêt ou avance ☐ Autres placements financiers ☐ Maladie/invalidité
- ☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)
- ☐ Autres dépenses .....

### Motif du rachat - Personne morale (cochez la case correspondante) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Remboursement prêt ou avance
- ☐ Besoin de trésorerie ☐ Autres placements financiers ☐ Dons caritatifs
- ☐ Autres dépenses .....

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur le contrat doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI et dans le cadre de la Gestion Assistée.

- ☐ **Je demande la mise en place** de rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date du 1<sup>er</sup> rachat programmé [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

- ☐ **Je demande la modification** de mes rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date d'effet de la modification [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée :

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES RACHATS		..... EUR

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

### Compte à créditer :

BIC [.....]

IBAN [.....]

- ☐ **Je demande l'arrêt** de mes rachats programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : ..... (1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

## 10 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'opérations. En cas de demande de versement libre, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de versements programmés, de demande d'arbitrage, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages, de demande de changement de type de gestion, le souscripteur déclare avoir reçu également le Document d'Informations Clés pour chaque support en unité de compte choisi, ou le cas échéant, le document en décrivant les caractéristiques principales et le cas échéant de l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

En cas de sortie en capital au cours ou au terme du contrat, pour les supports en unités de compte, le montant effectivement réglé sera calculé sur la base du nombre d'unités de compte désinvesties à la date d'effet de l'opération et valorisé selon les dispositions de la Notice d'Information.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, responsable du traitement, ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas 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.

Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Vous disposez également d'un droit de vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés auprès ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex, ou via les formulaires sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>.

Vous avez 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

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans vos conditions générales / votre notice d'information.

Fait en trois exemplaires à ....., le .....

Signature du souscripteur

**Imprimer uniquement les pages complétées et concernées par la (les) demande(s).  
Les pages 1, 2 et 12 sont à compléter et à joindre obligatoirement pour toute demande d'opération.**



SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de  
26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances  
RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725\_01YSGB  
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets  
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris  
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.  
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.  
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439  
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité  
civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

## DEMANDE D'OPÉRATIONS CONTRAT UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage  
(Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

**Destinataire : SOUSCRIPTEUR**

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ A L'APPORTEUR**

Signature : \_\_\_\_\_

**Demande d'opérations présentée par :** .....

**Nom et code du conseiller :** .....

### A NOTER

- La Fiched'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) se trouvant à la fin de la demande d'opérations, doivent être désormais complétés et joints **uniquement pour les demandes de versements dès le 1er euro (parties 2 et 3)**.
- La partie 1 (Souscripteur) doit être intégralement complétée pour toute(s) demande(s) d'opération(s).

## 1 - SOUCRIPTEUR PERSONNE PHYSIQUE

☐ **SOUSCRIPTEUR**

☐ **M** ☐ **Mme** **Nom** .....

**Nom de naissance** ..... **Prénom** .....

**Date de naissance** .....

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

**Adresse** .....

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

Pays .....

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

**Nationalité** ..... **E-mail** .....

**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 SOUMISE A L'IMPÔT SUR LES REVENUS

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

**Dénomination sociale** .....

**Catégorie juridique** .....

**Numéro SIREN** ..... **Date de création** .....

**Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident)** ☐

**REPRÉSENTANT DE LA SOCIÉTÉ SOUSCRIPTRICE** - joindre la photocopie de la pièce d'identité certifiée conforme par le courtier.

☐ **M** ☐ **Mme** **Nom** ..... **Nom de naissance** .....

**Prénom** ..... **Date de naissance** .....

**Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident)** ☐

■ Les bénéficiaires effectifs sont les personnes physiques et personnes morales détenant directement ou indirectement plus de 25% du capital ou des droits de vote.

	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 du siège social			
Qualité (dirigeant, gérant, président)			
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 des personnes physiques ou morales détenant directement ou indirectement plus de 25%.

INFORMATIONS FINANCIÈRES (DU DERNIER EXERCICE CLOS)

Date du dernier exercice clos : .....  
Personne morale soumise à l'IR : Revenus imposables déclarés de la personne morale : ..... EUR  
(hors revenus des personnes physiques du foyer fiscal)  
Composition du patrimoine :  
Trésorerie : ..... EUR    Actifs non financiers : ..... EUR    Actifs immobiliers : ..... EUR

OBJECTIFS PATRIMONIAUX EN CONTRAT DE CAPITALISATION

- ☐ Gestion de trésorerie
- ☐ Diversification des placements
- ☐ Valorisation d'un capital
- ☐ Sécurisation d'un capital

OPÉRATION(S) CONCERNÉE(S) merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s)

- ☐ Demande de versement libre - Points 2 et 4
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de versements programmés - Points 3 et 4
- ☐ Demande d'arbitrage - Point 5
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages - Point 6
- ☐ Demande de changement de type de gestion - Point 7
- ☐ Demande de rachat total ou partiel - Point 8
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt des rachats partiels programmés - Point 9

## 2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera également requis en cas de changement de situation.**

Le versement doit être effectué conformément au type de gestion choisi. Si vous souhaitez le modifier, la partie 7 « Demande de changement de type de gestion » doit être complétée.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de ..... EUR

Soit en lettres : .....

Dont frais sur versement : ..... % (5% maximum)

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein de la Gestion Déléguée :**

• **Part du versement investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :** ..... EUR

**Pour la part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, indiquer la répartition du versement entre les supports dans le tableau ci-dessous.**

• **Part du versement investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :** ..... EUR

**Pour la part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée, la répartition de votre versement entre les supports proposés au contrat sera réalisée conformément à l'orientation de gestion définie dans le document intitulé « mandat d'ordre d'arbitrage » que vous aurez signé avec votre mandataire.**

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)</b>		..... EUR

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)</b>		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

☐ **Au sein de la Gestion Assistée**

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	..... EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	..... EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)</b>	..... EUR

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

### 3 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera requis en cas de changement de situation.**

Les versements programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, SCPI, OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée et du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée.

☐ **Je demande la mise en place** de versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date du 1<sup>er</sup> versement programmé [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

☐ **Je demande la modification** de mes versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date d'effet de la modification [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant des versements programmés (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

☐ **Je demande l'arrêt** de mes versements programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....



## 4 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

**A compléter pour toute demande de versement (partie 2 et/ou partie 3).**

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

- ☐
- Immédiat

- ☐
- Différé

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

## MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## CRÉANCIER

Nom du 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) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

**Compte à débiter :**

BIC | | | | | | | | | | | |

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

- ☐ Autre mode de paiement prévu par le contrat (préciser les références de votre paiement) : .....

## 5 - DEMANDE D'ARBITRAGE

Passé un délai de trente jours à compter de la date d'effet de votre contrat, vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés sauf si vous avez un programme d'arbitrages d'allocation constante en cours (cf. le paragraphe « Les arbitrages » de votre projet de contrat valant Note d'Information).

Le montant minimum arbitré d'un support vers un autre est de 1500 EUR. Lorsque la totalité du capital constitué sur un support n'est pas arbitré, le montant restant sur ce support après arbitrage doit être supérieur ou égal à 1500 EUR.

☐ **Au sein de la Gestion Assistée**

Vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différentes options d'investissement :

- L'option « Délégation de gestion »
- L'option support Sécurité en euros
- L'option supports SCPI

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

Frais d'arbitrage : ..... % (0,50% des sommes arbitrées).

À ce taux s'ajoute 0,50 % pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée**

☐ **Du « Compartiment Libre » vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée**

☐ **Du « Compartiment Géré » vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée**

■ **Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par supports :**

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir	Codes ISIN	Montant en euros Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR/support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

■ **Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par support pour un arbitrage au sein de la Gestion Libre ou vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée :**

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		<b>100%</b>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Pour un arbitrage du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, la part affectée au « Compartiment Géré » sera investie selon la répartition du versement par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier.

Dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, vous n'avez pas la possibilité de modifier librement la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés. Des arbitrages seront réalisés conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec votre mandataire.

Le montant arbitré en sortie de l'OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente d'investissement de référence.

## 6 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE PROGRAMMES D'ARBITRAGES

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

Les programmes d'arbitrage ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI.

**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.

☐ Mise en place

☐ Modification

Les services d'arbitrages programmés peuvent être interrompus à tout moment (se référer au projet de contrat valant Note d'Information).

Frais d'arbitrage : 0,50% des sommes arbitrées.

Investissement progressif Montant global : ..... € 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	Dynamisation du rendement	Codes ISIN et libellés des supports visés par le programme d'arbitrages	Sécurisation des gains  Vers le support Sécurité en euros  Seuil de gain déclenchant l'arbitrage (+5 % min)	Allocation constante  Exclusif des autres programmes  Répartition totale : 100%	Limitation des pertes  Vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires Seuil de perte déclenchant l'arbitrage (-5% min)
<input type="checkbox"/> Du support Sécurité en euros, ou du support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires vers le(s) support(s) :	Du support Sécurité en euros vers le(s) support(s) : 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 d'opération.

**Investissement progressif** : minimum sur le support Sécurité en euros ou sur le support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires 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.

**Allocation constante** : **minimum à la mise en place** : minimum à la mise en place : 1 200 EUR, montant minimum arbitré : 200 EUR, réallocation trimestrielle. 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.

**Limitation des pertes** : **minimum par support à la mise en place** : 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.

☐ Arrêt du/des programmes d'arbitrages à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....

☐ Investissement progressif

☐ Dynamisation du rendement

☐ Sécurisation des gains

☐ Allocation constante

☐ Limitation des pertes

## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION

Se référer au projet de contrat valant Note d'Information, en particulier le paragraphe « changement de gestion » pour consulter les modalités de changement de gestion.

En dehors des frais d'arbitrage, le changement de type de gestion n'entraîne pas de frais supplémentaires.

Cocher la case correspondante à la modification souhaitée :

☐ **Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Déléguée à la Gestion Assistée**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Option délégation de gestion (minimum 25 000 EUR)	..... EUR
Option SCPI ( Minimum 100 EUR)	..... EUR
Option Support Sécurité en euros (Minimum 100 EUR)	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris - minimum 1 200 EUR)	..... EUR

☐ **Passage de la Gestion Déléguée ou de la Gestion Assistée à la Gestion Libre**

A compter de la prise d'effet du changement du type de gestion, la répartition de votre capital pourra donc être effectuée librement.

Lors du passage de la Gestion Déléguée à la Gestion Libre, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée s'ils sont éligibles à la Gestion Libre. **Les supports du « Compartiment Géré » seront, quant à eux, désinvestis en totalité.**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur la Gestion Libre :**

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		<b>100%</b>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCV est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION (SUITE)

### ☐ Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Assistée à la Gestion Déléguée

Frais de gestion annuel de la Gestion Déléguée : 1,503%

Il prendra effet au maximum dans les deux jours ouvrés qui suivent la réception de la demande par ORADEA VIE. Pour toute demande reçue un jour non ouvré, la date d'effet est en revanche établie à compter du deuxième jour ouvré qui suit le jour ouvré suivant la date de réception. **A compter de la prise d'effet du changement de type de gestion, la répartition de votre capital ne sera plus arbitrée selon le mandat d'arbitrage pour l'option délégation de gestion dans le cadre de la Gestion Assistée.**

Lors du passage à la Gestion Déléguée, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur la Gestion Libre s'ils sont éligibles au « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre de la Gestion Libre :

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur le « Compartiment Libre » et « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée		.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée		.....%
		100%

Le capital que vous souhaitez investir dans le « Compartiment Géré » sera investi selon la répartition du capital effectuée par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier et joint au document « Demande de changement de type de gestion » que vous aurez rempli et signé. **Le capital constitué sur le « Compartiment Géré » doit être au minimum de 30 000 EUR lors du passage à la Gestion Déléguée.**

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCV est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs.

## 8 - DEMANDE DE RACHAT PARTIEL OU TOTAL

**Choix du rachat :**

- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel brut** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel net** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**
- ☐ **Vous effectuez un rachat total** : votre montant perçu sera égal à la valorisation du contrat, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.

**Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :**

**Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :**

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Jedemande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et atteste sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

Si vous souhaitez un rachat partiel, précisez ci-dessous la répartition du rachat par support (pour la totalité d'un support, n'indiquez pas de montant, cocher la case « rachat total ». Le rachat partiel doit être au minimum 1500 € pour la Gestion Libre et le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, et supérieur ou égal à 30 000 € pour le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée. Le nouveau montant du capital constitué sur le support après le rachat doit être supérieur à 1500 € pour la Gestion Libre et 25 000 € pour la Gestion Assistée.

**Motif du rachat - Personnes physiques :**

- ☐ Investissement immobilier      ☐ Règlements d'impôts      ☐ Donation/aide enfant  
☐ Remboursement prêt ou avance      ☐ Autres placements financiers      ☐ Maladie/invalidité  
☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)  
☐ Autres dépenses .....

**Motif du rachat - Personnes morales :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Investissement immobilier | <input type="checkbox"/> Règlements d'impôts          | <input type="checkbox"/> Remboursement prêt ou avance |
| <input type="checkbox"/> Besoin de trésorerie      | <input type="checkbox"/> Autres placements financiers | <input type="checkbox"/> Dons caritatifs              |
| <input type="checkbox"/> Autres dépenses .....     |   |   |

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support	Rachat total du support
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL DES RACHATS		EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

**Compte à créditer :**

BIC | | | | | | | | | | | |

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

## 9 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DES RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur l'adhésion doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les supports SCI, SCPI et OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée, et dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée.

### Choix des rachats programmés, cocher la case correspondante :

- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés bruts** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés nets** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**

### Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :

Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

### Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Je demande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et atteste sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

### Motif du rachat (cochez la case correspondante uniquement en cas de mise en place de rachats partiels programmés) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Donation/aide enfant
- ☐ Remboursement prêt ou avance ☐ Autres placements financiers ☐ Maladie/invalidité
- ☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)
- ☐ Autres dépenses .....

### Motif du rachat - Personne morale (cochez la case correspondante) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Remboursement prêt ou avance
- ☐ Besoin de trésorerie ☐ Autres placements financiers ☐ Dons caritatifs
- ☐ Autres dépenses .....

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur le contrat doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI et dans le cadre de la Gestion Assistée.

- ☐ **Je demande la mise en place** de rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date du 1<sup>er</sup> rachat programmé [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

- ☐ **Je demande la modification** de mes rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date d'effet de la modification [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée :

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES RACHATS		..... EUR

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

### Compte à créditer :

BIC [.....]

IBAN [.....]

- ☐ **Je demande l'arrêt** de mes rachats programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : ..... (1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

## 10 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'opérations. En cas de demande de versement libre, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de versements programmés, de demande d'arbitrage, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages, de demande de changement de type de gestion, le souscripteur déclare avoir reçu également le Document d'Informations Clés pour chaque support en unité de compte choisi, ou le cas échéant, le document en décrivant les caractéristiques principales et le cas échéant de l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

En cas de sortie en capital au cours ou au terme du contrat, pour les supports en unités de compte, le montant effectivement réglé sera calculé sur la base du nombre d'unités de compte désinvesties à la date d'effet de l'opération et valorisé selon les dispositions de la Notice d'Information.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, responsable du traitement, ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas 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.

Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Vous disposez également d'un droit de vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés auprès ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex, ou via les formulaires sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>.

Vous avez 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

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans vos conditions générales / votre notice d'information.

Fait en trois exemplaires à ....., le .....

Signature du souscripteur

**Imprimer uniquement les pages complétées et concernées par la (les) demande(s).  
Les pages 1, 2 et 12 sont à compléter et à joindre obligatoirement pour toute demande d'opération.**





SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de  
26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances  
RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725\_01YSGB  
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets  
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris  
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.  
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.  
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439  
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité  
civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

## DEMANDE D'OPÉRATIONS CONTRAT UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage  
(Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.  
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

**Destinataire : CONSEILLER**

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ A L'APPORTEUR**

Signature : \_\_\_\_\_

Demande d'opérations présentée par : .....

Nom et code du conseiller : .....

### A NOTER

- La Fiched'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) se trouvant à la fin de la demande d'opérations, doivent être désormais complétés et joints **uniquement pour les demandes de versements dès le 1er euro (parties 2 et 3)**.
- La partie 1 (Souscripteur) doit être intégralement complétée pour toute(s) demande(s) d'opération(s).

### 1 - SOUSCRIPTEUR PERSONNE PHYSIQUE

☐ **SOUSCRIPTEUR**

☐ M ☐ Mme Nom .....

Nom de naissance ..... Prénom .....

Date de naissance .....

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

Adresse .....

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

Pays .....

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

Nationalité ..... E-mail .....

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 SOUMISE A L'IMPÔT SUR LES REVENUS

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

Dénomination sociale .....

Catégorie juridique .....

Numéro SIREN ..... Date de création .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) ☐

REPRÉSENTANT DE LA SOCIÉTÉ SOUSCRIPTRICE - joindre la photocopie de la pièce d'identité certifiée conforme par le courtier.

☐ M ☐ Mme Nom ..... Nom de naissance .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) ☐

■ Les bénéficiaires effectifs sont les personnes physiques et personnes morales détenant directement ou indirectement plus de 25% du capital ou des droits de vote.

	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 du siège social			
Qualité (dirigeant, gérant, président)			
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 des personnes physiques ou morales détenant directement ou indirectement plus de 25%.

INFORMATIONS FINANCIÈRES (DU DERNIER EXERCICE CLOS)

Date du dernier exercice clos : .....  
Personne morale soumise à l'IR : Revenus imposables déclarés de la personne morale : ..... EUR  
(hors revenus des personnes physiques du foyer fiscal)  
Composition du patrimoine :  
Trésorerie : ..... EUR    Actifs non financiers : ..... EUR    Actifs immobiliers : ..... EUR

OBJECTIFS PATRIMONIAUX EN CONTRAT DE CAPITALISATION

- ☐ Gestion de trésorerie
- ☐ Diversification des placements
- ☐ Valorisation d'un capital
- ☐ Sécurisation d'un capital

OPÉRATION(S) CONCERNÉE(S) merci de cocher la(les) case(s) correspondante(s)

- ☐ Demande de versement libre - Points 2 et 4
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de versements programmés - Points 3 et 4
- ☐ Demande d'arbitrage - Point 5
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages - Point 6
- ☐ Demande de changement de type de gestion - Point 7
- ☐ Demande de rachat total ou partiel - Point 8
- ☐ Demande de mise en place ou de modification ou d'arrêt des rachats partiels programmés - Point 9

## 2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera également requis en cas de changement de situation.**

Le versement doit être effectué conformément au type de gestion choisi. Si vous souhaitez le modifier, la partie 7 « Demande de changement de type de gestion » doit être complétée.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de ..... EUR

Soit en lettres : .....

Dont frais sur versement : ..... % (5% maximum)

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein de la Gestion Déléguée :**

•Part du versement investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée : ..... EUR

Pour la part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, indiquer la répartition du versement entre les supports dans le tableau ci-dessous.

•Part du versement investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée : ..... EUR

Pour la part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée, la répartition de votre versement entre les supports proposés au contrat sera réalisée conformément à l'orientation de gestion définie dans le document intitulé « mandat d'ordre d'arbitrage » que vous aurez signé avec votre mandataire.

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)		..... EUR

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

☐ **Au sein de la Gestion Assistée**

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	..... EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	..... EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	..... EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	..... EUR

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

### 3 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

**Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) à la fin de ce document. Le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) sera requis en cas de changement de situation.**

Les versements programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, SCPI, OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée et du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée.

☐ **Je demande la mise en place** de versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date du 1<sup>er</sup> versement programmé [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

☐ **Je demande la modification** de mes versements programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

☐ **Au sein de la Gestion Libre**

☐ **Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée**

Dont frais sur versement : ..... % (5% Maximum)

Périodicité du prélèvement [.....]

(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle)

Date d'effet de la modification [.....]

(JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

■ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant des versements programmés (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris)		..... EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

**Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS » qui se trouve en point 4.**

☐ **Je demande l'arrêt** de mes versements programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....

## 4 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

**A compléter pour toute demande de versement (partie 2 et/ou partie 3).**

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

- ☐
- Immédiat

- ☐
- Différé

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

## MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## CRÉANCIER

Nom du 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) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

**Compte à débiter :**

BIC | | | | | | | | | | | |

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

- ☐ Autre mode de paiement prévu par le contrat (préciser les références de votre paiement) : .....

## 5 - DEMANDE D'ARBITRAGE

Passé un délai de trente jours à compter de la date d'effet de votre contrat, vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés sauf si vous avez un programme d'arbitrages d'allocation constante en cours (cf. le paragraphe « Les arbitrages » de votre projet de contrat valant Note d'Information).

Le montant minimum arbitré d'un support vers un autre est de 1500 EUR. Lorsque la totalité du capital constitué sur un support n'est pas arbitré, le montant restant sur ce support après arbitrage doit être supérieur ou égal à 1500 EUR.

### ☐ Au sein de la Gestion Assistée

Vous avez la possibilité de modifier, à tout moment, la répartition de votre capital constitué entre les différentes options d'investissement :

- L'option « Délégation de gestion »
- L'option support Sécurité en euros
- L'option supports SCPI

### ☐ Au sein de la Gestion Libre

Frais d'arbitrage : ..... % (0,50% des sommes arbitrées).

À ce taux s'ajoute 0,50 % pour un arbitrage provenant d'un support immobilier représentatif de parts de SCI gérées par SOGECAP.

### ☐ Au sein du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée

### ☐ Du « Compartiment Libre » vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée

### ☐ Du « Compartiment Géré » vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée

■ Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par supports :

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir	Codes ISIN	Montant en euros Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR/support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

■ Veuillez indiquer, ci-dessous, la répartition par support pour un arbitrage au sein de la Gestion Libre ou vers le « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		100%

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Pour un arbitrage du « Compartiment Libre » de la Gestion Délégée vers le « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, la part affectée au « Compartiment Géré » sera investie selon la répartition du versement par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier.

Dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Délégée, vous n'avez pas la possibilité de modifier librement la répartition de votre capital constitué entre les différents supports proposés. Des arbitrages seront réalisés conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec votre mandataire.

Le montant arbitré en sortie de l'OPCl est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente d'investissement de référence.

## 6 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DE PROGRAMMES D'ARBITRAGES

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

Les programmes d'arbitrage ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI.

**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.

☐ Mise en place

☐ Modification

Les services d'arbitrages programmés peuvent être interrompus à tout moment (se référer au projet de contrat valant Note d'Information).

Frais d'arbitrage : 0,50% des sommes arbitrées.

Investissement progressif Montant global : ..... € 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	Dynamisation du rendement	Codes ISIN et libellés des supports visés par le programme d'arbitrages	Sécurisation des gains  Vers le support Sécurité en euros  Seuil de gain déclenchant l'arbitrage (+5 % min)	Allocation constante  Exclusif des autres programmes  Répartition totale : 100%	Limitation des pertes  Vers le support de référence en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires Seuil de perte déclenchant l'arbitrage (-5% min)
<input type="checkbox"/> Du support Sécurité en euros, ou du support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires vers le(s) support(s) :	Du support Sécurité en euros vers le(s) support(s) : 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 d'opération.

**Investissement progressif** : minimum sur le support Sécurité en euros ou sur le support en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires 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.

**Allocation constante** : **minimum à la mise en place** : minimum à la mise en place : 1 200 EUR, montant minimum arbitré : 200 EUR, réallocation trimestrielle. 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.

**Limitation des pertes** : **minimum par support à la mise en place** : 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.

☐ Arrêt du/des programmes d'arbitrages à compter du (JJ/MM/AAAA) : .....

☐ Investissement progressif

☐ Dynamisation du rendement

☐ Sécurisation des gains

☐ Allocation constante

☐ Limitation des pertes

## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION

Se référer au projet de contrat valant Note d'Information, en particulier le paragraphe « changement de gestion » pour consulter les modalités de changement de gestion.

En dehors des frais d'arbitrage, le changement de type de gestion n'entraîne pas de frais supplémentaires.

Cocher la case correspondante à la modification souhaitée :

☐ **Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Déléguée à la Gestion Assistée**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :**

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Option délégation de gestion (minimum 25 000 EUR)	..... EUR
Option SCPI ( Minimum 100 EUR)	..... EUR
Option Support Sécurité en euros (Minimum 100 EUR)	..... EUR
<b>TOTAL DES VERSEMENTS</b> (frais compris - minimum 1 200 EUR)	..... EUR

☐ **Passage de la Gestion Déléguée ou de la Gestion Assistée à la Gestion Libre**

A compter de la prise d'effet du changement du type de gestion, la répartition de votre capital pourra donc être effectuée librement.

Lors du passage de la Gestion Déléguée à la Gestion Libre, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée s'ils sont éligibles à la Gestion Libre. **Les supports du « Compartiment Géré » seront, quant à eux, désinvestis en totalité.**

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :**

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

☒ **Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur la Gestion Libre :**

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
		<b>100%</b>

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCV est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.



## 7 - DEMANDE DE CHANGEMENT DE TYPE DE GESTION (SUITE)

### ☐ Passage de la Gestion Libre ou de la Gestion Assistée à la Gestion Déléguée

Frais de gestion annuel de la Gestion Déléguée : 1,503%

Il prendra effet au maximum dans les deux jours ouvrés qui suivent la réception de la demande par ORADEA VIE. Pour toute demande reçue un jour non ouvré, la date d'effet est en revanche établie à compter du deuxième jour ouvré qui suit le jour ouvré suivant la date de réception. **A compter de la prise d'effet du changement de type de gestion, la répartition de votre capital ne sera plus arbitrée selon le mandat d'arbitrage pour l'option délégation de gestion dans le cadre de la Gestion Assistée.**

Lors du passage à la Gestion Déléguée, vous avez la possibilité de conserver les supports déjà existants sur la Gestion Libre s'ils sont éligibles au « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous les supports à désinvestir dans le cadre de la Gestion Libre :

ARBITRAGE EN SORTIE (Désinvestissement)			
Libellés des supports choisis à désinvestir*	Codes ISIN	Montant en euros (frais compris) Minimum restant après arbitrage de 1500 EUR / support	Désinvestissement Total
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
.....	.....	..... EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL		..... EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support sur le « Compartiment Libre » et « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée :

ARBITRAGE EN ENTRÉE (Investissement)		
Libellés des supports choisis à investir*	Codes ISIN	Quote-part en %
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée		.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
.....	.....	.....%
Quote-part investie sur le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée		.....%
		100%

Le capital que vous souhaitez investir dans le « Compartiment Géré » sera investi selon la répartition du capital effectuée par votre mandataire conformément à l'orientation de gestion définie dans le mandat d'arbitrage que vous aurez signé avec ce dernier et joint au document « Demande de changement de type de gestion » que vous aurez rempli et signé. **Le capital constitué sur le « Compartiment Géré » doit être au minimum de 30 000 EUR lors du passage à la Gestion Déléguée.**

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

\*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs.

## 8 - DEMANDE DE RACHAT PARTIEL OU TOTAL

**Choix du rachat :**

- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel brut** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez un rachat partiel net** : votre montant perçu sera égal au montant du rachat indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**
- ☐ **Vous effectuez un rachat total** : votre montant perçu sera égal à la valorisation du contrat, minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.

**Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :**

**Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :**

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Jedemande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et attestés sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

Si vous souhaitez un rachat partiel, précisez ci-dessous la répartition du rachat par support (pour la totalité d'un support, n'indiquez pas de montant, cocher la case « rachat total ». Le rachat partiel doit être au minimum 1500 € pour la Gestion Libre et le « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée, et supérieur ou égal à 30 000 € pour le « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée. Le nouveau montant du capital constitué sur le support après le rachat doit être supérieur à 1500 € pour la Gestion Libre et 25 000 € pour la Gestion Assistée.

**Motif du rachat - Personnes physiques :**

- ☐ Investissement immobilier      ☐ Règlements d'impôts      ☐ Donation/aide enfant  
☐ Remboursement prêt ou avance      ☐ Autres placements financiers      ☐ Maladie/invalidité  
☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)  
☐ Autres dépenses .....

**Motif du rachat - Personnes morales :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Investissement immobilier | <input type="checkbox"/> Règlements d'impôts          | <input type="checkbox"/> Remboursement prêt ou avance |
| <input type="checkbox"/> Besoin de trésorerie      | <input type="checkbox"/> Autres placements financiers | <input type="checkbox"/> Dons caritatifs              |
| <input type="checkbox"/> Autres dépenses .....     |   |   |

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support	Rachat total du support
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
		EUR	<input type="checkbox"/>
TOTAL DES RACHATS		EUR	

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

**Compte à créditer :**

BIC | | | | | | | | | | | |

[illegible]

## 9 - DEMANDE DE MISE EN PLACE OU DE MODIFICATION OU D'ARRÊT DES RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur l'adhésion doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les supports SCI, SCPI et OPCI, dans le cadre de la Gestion Assistée, et dans le cadre du « Compartiment Géré » de la Gestion Déléguée.

### Choix des rachats programmés, cocher la case correspondante :

- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés bruts** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué minoré des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur.
- ☐ **Vous effectuez des rachats partiels programmés nets** : le montant perçu pour chacun de vos rachats sera égal au montant de rachats programmés indiqué, le capital constitué sur votre contrat sera minoré de ce montant ainsi que des prélèvements fiscaux et sociaux en vigueur. **Le montant de rachat partiel net demandé ne doit pas dépasser un désinvestissement maximum de 80 % par support. Le cas échéant, le montant brut devra être renseigné.**

### Choix de la fiscalité des produits, cocher la case correspondante :

Pour les produits issus des versements effectués jusqu'au 26/09/2017 :

- ☐ Produits à déclarer dans le cadre de la déclaration des revenus.
- ☐ Prélèvement forfaitaire libératoire.
- ☐ Non résident fiscal français.

Pour les produits issus des versements effectués à compter du 27/09/2017, un Prélèvement Forfaitaire Non Libératoire (PFNL) s'applique (sauf non résident fiscal français).

### Sous conditions, vous avez la possibilité d'être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) :

- ☐ Je demande à être dispensé d'acompte d'imposition (PFNL) et atteste sur l'honneur que mon revenu fiscal de référence de l'année N-2 (l'année N étant l'année du rachat) est inférieur à 25 000 € pour une personne seule ou 50 000 € en cas d'imposition commune. Les produits concernés seront à déclarer l'année prochaine dans le cadre de la déclaration de revenus.

### Motif du rachat (cochez la case correspondante uniquement en cas de mise en place de rachats partiels programmés) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Donation/aide enfant
- ☐ Remboursement prêt ou avance ☐ Autres placements financiers ☐ Maladie/invalidité
- ☐ Changement situation professionnelle ou personnelle (mariage, naissance, chômage, projet professionnel)
- ☐ Autres dépenses .....

### Motif du rachat - Personne morale (cochez la case correspondante) :

- ☐ Investissement immobilier ☐ Règlements d'impôts ☐ Remboursement prêt ou avance
- ☐ Besoin de trésorerie ☐ Autres placements financiers ☐ Dons caritatifs
- ☐ Autres dépenses .....

Passé un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de votre versement initial, vous pouvez demander la mise en place de rachats partiels programmés. Pour pouvoir en bénéficier, le montant de l'épargne constituée sur le contrat doit être supérieur ou égal à 7 500 €.

Les rachats programmés ne sont pas autorisés sur les supports accessibles pendant une période limitée, les SCI, OPCI et SCPI et dans le cadre de la Gestion Assistée.

- ☐ **Je demande la mise en place** de rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date du 1<sup>er</sup> rachat programmé [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

- ☐ **Je demande la modification** de mes rachats programmés d'un montant de : ..... EUR  
(Minimum : 100 EUR/mois ; 300 EUR/trimestre ; 600 EUR/semestre ; 1200 EUR/an)

Soit en lettres : .....

Périodicité du rachat [.....] Date d'effet de la modification [.....]  
(A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (JJ/MM/AAAA - du 1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

### ■ Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support dans le cadre de la Gestion Libre et du « Compartiment Libre » de la Gestion Déléguée :

Libellés des supports choisis	Codes ISIN	Montant en euros Minimum 75 EUR/support
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
.....	.....	..... EUR
TOTAL DES RACHATS		..... EUR

Modalité de règlement : par virement (joindre un RIB / BIC IBAN)

### Compte à créditer :

BIC [.....]

IBAN [.....]

- ☐ **Je demande l'arrêt** de mes rachats programmés à compter du (JJ/MM/AAAA) : ..... (1<sup>er</sup> au 28<sup>ème</sup> jour du mois)

## 10 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'opérations. En cas de demande de versement libre, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de versements programmés, de demande d'arbitrage, de demande de mise en place, de modification ou d'arrêt de programmes d'arbitrages, de demande de changement de type de gestion, le souscripteur déclare avoir reçu également le Document d'Informations Clés pour chaque support en unité de compte choisi, ou le cas échéant, le document en décrivant les caractéristiques principales et le cas échéant de l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

En cas de sortie en capital au cours ou au terme du contrat, pour les supports en unités de compte, le montant effectivement réglé sera calculé sur la base du nombre d'unités de compte désinvesties à la date d'effet de l'opération et valorisé selon les dispositions de la Notice d'Information.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, responsable du traitement, ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas 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.

Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Vous disposez également d'un droit de vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés auprès ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris la Défense Cedex, ou via les formulaires sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>.

Vous avez 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

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans vos conditions générales / votre notice d'information.

Fait en trois exemplaires à ....., le .....

Signature du souscripteur

**Imprimer uniquement les pages complétées et concernées par la (les) demande(s).  
Les pages 1, 2 et 12 sont à compléter et à joindre obligatoirement pour toute demande d'opération.**



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

### RÈGLEMENTATIONS 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

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 œuvre 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 ou à partir de notre site internet à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donnees-personnelles>. Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

##### 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.



## 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 (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 renoncations 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.

### 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 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 œuvre 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° du I 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 MORALE

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

**CE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE SIGNÉ PAR LE REPRESENTANT LÉGAL DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE  
ET ÊTRE JOINT AU DOSSIER D'OPÉRATION**

### **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 prévoient l'échange automatique d'information incluant la réglementation américaine « Foreign Account Tax Compliance Act ('FATCA') » et la norme OCDE d'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers dite la norme EAI-CRS « Echanges Automatiques d'Informations - Common Reporting Standard ».

Afin de permettre à ORADEA VIE de se conformer à ses obligations de déclaration, en application de ces normes, vous devez, en votre qualité de gérant, compléter le présent formulaire et notamment indiquer la résidence fiscale de l'entité Personne Morale souscriptrice du contrat ainsi que celle(s) des bénéficiaires effectifs et/ou représentants de la Personne Morale.

En complétant et en signant le présent formulaire, vous reconnaissez être informé qu'ORADEA VIE pourrait être tenu, dans le cadre de ses obligations, de transmettre des informations, dont notamment la valeur de rachat du contrat de capitalisation, souscrit par la Personne Morale que vous représentez, ainsi que toutes éventuelles opérations effectuées sur le dit contrat, auprès de son Administration fiscale laquelle les retransmettra à son tour à l'Administration fiscale de chaque Etat dans lequel l'entité Personne Morale ou ses bénéficiaires effectifs est résident fiscal.

### **IMPORTANT**

La réglementation dans le cadre de la norme « CRS » entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016 a été renforcée par la loi de finances rectificative pour 2017 qui exige des établissements financiers de contacter leurs clients pour lesquels les informations fiscales détenues (résidence(s) fiscale(s) et numéro(s) d'identification fiscale - NIF) sont incomplètes.

Le client dispose de délais réglementaires pour répondre à cette sollicitation (60 jours à compter de cette demande).

Pour plus d'information, nous vous remercions de bien vouloir vous référer au courrier d'accompagnement joint à ce formulaire d'auto-certification de résidence fiscale.

## SECTION 1 - IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE, SOUSCRIPTRICE DU CONTRAT

### **Identité de l'entité Personne Morale**

Dénomination ou raison sociale \_\_\_\_\_

N° de SIREN \_\_\_\_\_

Pays du siège social \_\_\_\_\_

## SECTION 2 - PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE PRINCIPALE DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE

Le pays de résidence fiscale de l'entité Personne Morale est \_\_\_\_\_

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

Si OUI ☐ Je certifie que le NIF de l'entité Personne Morale souscriptrice du contrat est le suivant \_\_\_\_\_  
OU

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

Merci de préciser la raison pour laquelle vous n'êtes pas en mesure de fournir un NIF \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirmation de l'unicité de la résidence fiscale :

☐ Je certifie que l'entité Personne Morale n'est pas résidente d'un autre pays que celui mentionné en SECTION 2.

Si vous avez coché cette case, merci de passer à la section 4. Sinon, merci de compléter la SECTION 3.

\* Selon la réglementation, le terme « Bénéficiaire effectif » (« beneficial owner ») signifie la (ou les) personne(s) physique(s) qui détient (détiennent) directement ou indirectement plus de 25% des parts ou des droits de vote de l'entité Personne Morale ou qui contrôle(nt) l'entité pour laquelle une souscription ou une opération est effectuée (personne exerçant un contrôle de fait ou occupant des fonctions de gérant ou de dirigeant).

SECTION 3 - AUTRES PAYS DE RESIDENCE (SI APPLICABLE)

Je certifie qu'en plus du pays mentionné précédemment en tant que résidence fiscale principale, l'Entité Personne Morale est résidente 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 le motif pour lequel le(s) NIF(s) est (sont) indisponible(s) : \_\_\_\_\_

SECTION 4 - DÉTERMINATION DU STATUT CRS DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE

Détermination du statut de votre société au regard de CRS (Merci de cocher les cases correspondantes)

Type de Personne Morale	Critère de détermination	Statut CRS applicable
<div><input type="checkbox"/> Forme juridique (SCI, SA, SARL, Association) : <div><div></div><div></div></div></div>	<div><div><div>• Toute société ayant une activité industrielle, commerciale, agricole, artisanale ou de services qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes : - les revenus passifs (dividendes, intérêts, loyers...) n'excèdent pas 50 % du revenu brut de l'entité au cours du dernier exercice comptable, - et moins de 50 % des actifs détenus par l'entité sur le même exercice comptable génèrent un revenu passif (dividendes, intérêts, loyers...) ou sont détenus à cette fin.</div><div>• Organisme à but non lucratif sous réserve qu'il remplisse toutes les conditions requises • Autres entités (notamment société holding non financière...) visées par les textes</div></div></div>	<div>ENF<sup>(1)</sup> ACTIVE <input type="checkbox"/></div>
<div>Régime fiscal : <div><input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> IS</div><div>Autre (précisez): <div><div></div><div></div></div></div></div>	<div>Entité ne remplissant aucune condition permettant de la qualifier d'ENF active. Ex : Structure à but patrimonial : fiducies, trusts familiaux, SOPARFI) Plus de 50% des revenus bruts de la société au titre de l'année civile N-1 ou d'une autre période de référence comptable pertinente, sont des revenus passifs dividendes, intérêts, loyers, plus-values...).</div>	<div>ENF<sup>(1)</sup> PASSIVE <input type="checkbox"/></div>

SECTION 5 - CLASSIFICATION DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE SOUS FATCA

Si vous avez indiqué en Section 1 ou 2 que l'Entité est résidente fiscale aux Etats-Unis, le contrat ne peut être conclu en raison des obligations qui nous sont imposées par la SEC (Securities and Exchange Commission).

Si vous êtes une « Personne US (US Person) » pour toute autre raison, merci de choisir le statut de l'entité Personne Morale ci-dessous et le cas échéant le formulaire d'auto certification Personne Physique (si l'un des bénéficiaires effectif est une US Person au sens de la réglementation américaine FATCA :

☐ Personne US déterminée (Specified US Person) NIF : \_\_\_\_\_

☐ Personne Non US déterminée

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir un NIF, merci de préciser pour quel motif : \_\_\_\_\_

## SECTION 6 - DÉTERMINATION DU STATUT FATCA DE L'ENTITÉ PERSONNE MORALE

Détermination du statut de votre société au regard de FATCA (Merci de cocher les cases correspondantes)

Type de Personne Morale	Critère de détermination	Statut FATCA applicable
<input type="checkbox"/> Forme juridique (SCI, SA, SARL, Association) :  _____  _____	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toute société ayant une activité industrielle, commerciale, agricole, artisanale ou de services qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :<ul style="list-style-type: none"><li>- les revenus passifs (dividendes, intérêts, loyers...) n'excèdent pas 50 % du revenu brut de l'entité au cours du dernier exercice comptable,</li><li>- et moins de 50 % des actifs détenus par l'entité sur le même exercice comptable génèrent un revenu passif (dividendes, intérêts, loyers...) ou sont détenus à cette fin.</li></ul></li><li>• Organisme à but non lucratif sous réserve qu'il remplisse toutes les conditions requises</li><li>• Autres entités (notamment société holding non financière...) visées par les textes.</li></ul>	ENF <sup>(1)</sup> ACTIVE <input type="checkbox"/>
Régime fiscal : <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> IS Autre (précisez):  _____  _____	Entité ne remplissant aucune condition permettant de la qualifier d'ENF active. Ex : Structure à but patrimonial : fiducies, trusts familiaux, SOPARFI). Plus de 50% des revenus bruts de la société au titre de l'année civile N-1 ou d'une autre période de référence comptable pertinente, sont des revenus passifs dividendes, intérêts, loyers, plus-values...).	ENF <sup>(1)</sup> PASSIVE <input type="checkbox"/>

(1) ENF : Entité Non Financière

## SECTION 7 - IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS

Afin de déterminer le statut FATCA/CRS des Bénéficiaires effectifs et des dirigeants, merci de cocher les cases correspondant à votre situation :

<b>Avez-vous un ou plusieurs actionnaires/ associés présentant un ou plusieurs indices d'américanités au sens de la réglementation américaine FATCA et détenant plus de 25 % des parts de l'entité Personne Morale ?</b> <i>Si vous répondez <b>OUI</b> à cette question, nous vous remercions de signer la présente auto certification pour l'entité Personne Morale et de nous communiquer, pour chaque actionnaire/associé concerné, l'auto certification FATCA/CRS Personne Physique ou personne morale, le cas échéant (ainsi que ses bénéficiaires effectifs). Chaque auto certification est individuelle et doit être complétée, datée et signée par les actionnaires/associés concernés.</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Avez-vous un ou plusieurs actionnaires/ associés résident fiscal d'un pays autre que la France détenant plus de 25 % des parts de votre entité ?</b> <i>Si vous répondez <b>OUI</b> à cette question, nous vous remercions de signer la présente auto certification pour l'entité Personne Morale et de nous communiquer, pour chaque actionnaire/associé concerné, l'auto certification FATCA/CRS Personne Physique ou personne morale, le cas échéant (ainsi que ses bénéficiaires effectifs). Chaque auto certification est individuelle et doit être complétée, datée et signée par les actionnaires/associés concernés.</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## ATTESTATIONS ET SIGNATURES

### DÉCLARATION

#### CLIENT

- J'atteste que les informations figurant sur cette auto-certification sont exactes et complètes. Je confirme que les données relatives à chaque personne non résidente détenant le contrôle ont été dûment complétées le cas échéant.
- J'autorise ORADEA VIE à fournir une copie de cette auto-certification, de tout formulaire américain de type W8 et/ou W9 complété par mes soins ou par les bénéficiaires effectifs de l'entité Personne Morale visée en section 1, ainsi que toute autre information nécessaire pour l'établissement de du statut fiscal de l'entité Personne Morale (y compris celles concernant les bénéficiaires effectifs) à toute autorité fiscale compétente, à toute autorité habilitée à auditer ou contrôler ORADEA VIE pour des raisons fiscales ainsi qu'à toute entité appartenant au Groupe Société Générale au moment de la divulgation.
- J'accepte que toute information contenue dans cette auto-certification y compris celles concernant les bénéficiaires effectifs, ainsi que toute information relative au(x) contrat(s), actuel(s) et futur(s), y compris leur(s) valeur de rachat (s) et les versements effectués, soit transmise (i) à toute autorité à laquelle ORADEA VIE est tenue de communiquer des informations d'ordre fiscal, (ii) à toutes autres parties pour lesquelles ORADEA VIE estime cette communication nécessaire pour se conformer à la réglementation applicable ou pour éviter toute violation potentielle de cette réglementation et (iii) à tout entité à laquelle ORADEA VIE confie tout ou partie de ses obligations de déclaration FATCA/CRS, y compris à toute société appartenant, au moment de la divulgation, au Groupe Société Générale.
- Je m'engage à informer ORADEA VIE de tout changement de circonstances y compris sur les bénéficiaires effectifs et à remplir un nouveau formulaire dans un délai de 90 jours.
- J'informerai chaque personne détenant le contrôle de l'entité Personne Morale (actuelle et future) des législations FATCA et CRS et m'engage à obtenir leur consentement exprès, dans le respect de toute réglementation applicable relative à la protection de données personnelles et ou secret professionnel, pour que les informations les concernant puissent être collectées et transmises aux autorités et entités visées ci-dessus. Je m'engage à présenter ces consentements à ORADEA VIE à première demande.

#### Je certifie que l'entité 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 (Specified US person) ».
- ☐ En cochant cette case, je certifie être le représentant légal (ou tout autre personne autorisée à signer) de l'entité Personne Morale souscriptrice du contrat pour lequel ce formulaire est établi, et avoir la capacité à signer au nom de l'entité Personne Morale renseignée dans ce formulaire.

Nom du représentant de l'entité Personne Morale : \_\_\_\_\_

Fonction du représentant : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

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

#### 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 œuvre 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 ou à partir de notre site internet à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/donnees-personnelles>.

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.



## INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE AYANT PRÉSENTÉ L'OPÉRATION

- Je m'engage à porter à la connaissance d'ORADEA VIE, tout changement de situation du client Personne Morale (adresse, résidence fiscale, profession, situation économique...) ainsi que tout changement affectant les bénéficiaires effectifs de l'entité Personne Morale.
- Je certifie que l'ensemble des informations apportées dans ce formulaire sont en cohérence avec ma connaissance actualisée du client Personne Morale ainsi que de ses bénéficiaires effectifs.  
Je m'engage à faire signer une nouvelle auto certification dès la connaissance d'un changement de circonstance affectant l'entité Personne Morale ou ses bénéficiaires effectifs.

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 du présent formulaire. L'original doit être envoyé à ORADEA VIE (42 Boulevard Alexandre Martin 45057 ORLEANS cedex 1).



## FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES - PERSONNE MORALE

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

Cette fiche doit obligatoirement être signée par le client Personne Morale **pour chaque opération** d'investissement (adhésion/souscription, versement) **dès le 1<sup>er</sup> euro**.

### 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 (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 l'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 À 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 effectif<sup>(2)</sup>).

### ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

#### Identification de la Personne Morale

Dénomination ou raison sociale \_\_\_\_\_

Forme juridique (SCI, SA, SARL, Association) \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

N° de SIREN \_\_\_\_\_ Code NAF<sup>(3)</sup> (ou APE<sup>(3)</sup>) \_\_\_\_\_

Secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Pays de résidence physique \_\_\_\_\_ Pays de résidence fiscale \_\_\_\_\_

Régime fiscal ☐ IR ☐ IS ☐ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées et les Personnes Morales dont le siège social est dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI, dont les fonds proviennent de l'étranger ou appartiennent à un tiers.

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

(3) Le code NAF (Nomenclature d'Activités Françaises) ou le code APE (Activité Principale Exercée) sont des codes attribués par l'INSEE à chacun des secteurs d'activités économiques.

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

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

	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)			
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%.

## 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 \_\_\_\_\_ € Actif non financiers \_\_\_\_\_ € Actif immobiliers \_\_\_\_\_ €

## Objectifs patrimoniaux en Assurance Vie

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

## SECTION III - INFORMATIONS SUR L'OPÉRATION

### Opération

#### Type de l'opération

☐ Adhésion / Souscription ☐ Versement complémentaire ☐ Versements programmés  
☐ 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) \_\_\_\_\_

Si le titulaire du compte n'est pas le souscripteur, merci d'indiquer le lien avec le souscripteur \_\_\_\_\_

\*En cas de virement, merci de fournir la copie de l'ordre de virement.

Destination des fonds, à compléter obligatoirement en cas d'avances : \_\_\_\_\_

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

Merci de cocher la (ou les) case(s) correspondante(s) dans le tableau ci-dessous pour toute opération et ce dès le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> € pour les personnes sensibles<sup>(1)</sup>

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

(1) Les personnes sensibles sont : les personnes politiquement exposées, les Personnes Morales dont le siège social est dans un des pays figurant sur la liste noire du GAFI, dont les fonds proviennent de l'étranger ou appartiennent à un tiers.

Provenance des fonds	Exemple de Justificatifs d'origine des fonds	Informations devant apparaître sur le justificatif
<input type="checkbox"/> Épargne / Trésorerie	- Relevé bancaire OU - Décompte de l'opération en cas de transfert de compte.	- La nature - Le montant - La date de transfert des fonds
<input type="checkbox"/> Donation ou Don manuel	- Acte de donation ET - Déclaration 2735 de don manuel (visé par le Trésor Public) - Imprimé cerfa 11278*04 (visé par le Trésor Public)	- Nom du donateur - Lien avec le souscripteur/adhérent - Date de la donation - Le montant
<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...)	- 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"/> 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 accompagnée d'une lettre justifiant de l'origine ; OU - Copie du chèque CARPA (ou équivalent à l'étranger)	- Date - Montant
<input type="checkbox"/> Chèque tiré sur un tiers (Banque, Notaire, Avocat)	- Copie du chèque Notaire ou Avocat - Si chèque de banque, copie des justificatifs de la banque	Si chèque de banque : - Justificatif précisant l'origine des fonds - Le nom du tiré
<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 du comptable certifiant l'opération - Relevé bancaire	- La date - Le montant - L'opération
<input type="checkbox"/> Nouveau compte courant d'associé	- Attestation du comptable certifiant l'opération - Relevé bancaire	Sur les relevés bancaires : Toutes opérations permettant de justifier l'origine des fonds ayant servis à alimenter l'avance consentie
<input type="checkbox"/> Trésorerie d'une société	- Relevé de portefeuille et s'il y a lieu, ordre de virement correspondant à la sortie des fonds du portefeuille - Relevé de situation de contrat - Ordre de mouvement de valeurs mobilières - Avenant de rachat du contrat - Subventions - Cotisations, Dons - Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération	- Date du placement - Durée de détention - N° de compte ou du contrat - Nom de l'établissement conservateur - Montant  Lors d'une décision de réinvestissement du résultat : montant de l'investissement du résultat de l'entreprise
<input type="checkbox"/> Augmentation de capital social	- Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération - CNI des bénéficiaires effectifs ayant participé à l'augmentation - Relevés bancaires des bénéficiaires effectifs ayant participé à l'augmentation	Sur les relevés bancaires : Toutes opérations permettant de justifier l'origine des fonds ayant servis à alimenter l'achat des parts.
<input type="checkbox"/> Réduction de capital social	- Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération - CNI des bénéficiaires effectifs ayant quitté la société - Relevé bancaire de l'associé souscripteur	Sur les relevés bancaires : Toutes opérations permettant de justifier l'origine des fonds ayant servis à alimenter l'achat des parts.
<input type="checkbox"/> Investissement issu des réserves de l'entreprise	- Procès-verbal d'assemblée mentionnant l'opération de mise en réserve - Justificatifs fiscaux mentionnant l'opération	Sur les relevés bancaires : Toutes opérations permettant de justifier l'origine des fonds ayant servis à alimenter l'achat des parts
<input type="checkbox"/> Autre cas	Préciser et fournir le justificatif nécessaire	

### 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 œuvre 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 ou à partir de notre site internet à l'adresse suivante : <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/footer/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 cette fiche.

Nom du représentant l'entité : \_\_\_\_\_

Fonction du représentant : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

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

### 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 œuvre 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 État membre de l'Union européenne ou dans un État 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° du I 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 État 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.

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	

