



EXPERTISE
PATRIMOINE

Demande d'Opérations sur Contrat Retraite **SIGNATURE PER**

VERSEMENTS INDIVIDUELS
SERVICES AUTOMATIQUES DE GESTION
GARANTIES DE PRÉVOYANCE
ARBITRAGE
AUTRES MODIFICATIONS (adresse, compte bancaire...)

VU 526 - (édition 07/2024)



DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR CONTRAT

Nom du contrat : N° (à compléter)

Cocher la case correspondante.

VOTRE CONSEILLER NOM : S à compléter obligatoirement N° de bordereau	N° d'apporteur Référence Ag. : Pt vente : Pr. : N° de client
---	--

PERSONNES CONCERNÉES

ADHÉRENT/ASSURÉ

Nom (M./Mme) : Prénoms :
Date de naissance : Lieu de naissance (Ville/Pays) : CP de naissance :
Nom de naissance : Nombre d'enfants : dont à charge
Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Union libre
Régime matrimonial : Communauté réduite aux acquêts (régime légal) Communauté universelle
 Séparation de biens Participation aux acquêts
Pièce d'identité : nature n° émise le à
autorité de délivrance :

Nationalité : Française Autre (à préciser) :
Domicile : résid./appart./bât. : rue ou lieu-dit :
Code postal : Commune : Pays de résidence :

(Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité et une copie d'un justificatif de domicile)

Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) :

Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :

EXPL. AGRIC.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BÂTIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENT. ≥ 10 SAL	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRIC. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ÉTUDIANT ÉLÈVE	RETRAITÉ	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

REPRÉSENTANTS DU MAJEUR PROTÉGÉ

Nom (M./Mme) : Prénoms :
Date de naissance : Lieu de naissance (Ville/Pays) : CP de naissance :
Pièce d'identité : nature n° émise le à
autorité de délivrance :

Nationalité : Française Autre (à préciser) :

Nom (M./Mme) : Prénoms :
Date de naissance : Lieu de naissance (Ville/Pays) : CP de naissance :

Pièce d'identité : nature n° émise le à
autorité de délivrance :

Nationalité : Française Autre (à préciser) :

Domicile : résid./appart./bât. : rue ou lieu-dit :
Code postal : Commune : Pays de résidence :

(Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité du (des) représentant(s) et une copie d'un justificatif de domicile)

Agissant en qualité de : Tuteur (joindre l'ordonnance du Juge des Tutelles) Curateur (joindre l'ordonnance du Juge des Tutelles)

Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) :

Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :

EXPL. AGRIC.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BÂTIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENT. ≥ 10 SAL	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRIC. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ÉTUDIANT ÉLÈVE	RETRAITÉ	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

VERSEMENTS SUR COMPARTIMENT VERSEMENTS INDIVIDUELS

VERSEMENT ULTÉRIEUR

J'effectue un versement ultérieur

• Montant : € (incluant les frais éventuels de mise en place du(des) service(s) SÉCURISATION DES PLUS VALUES et/ou STOP BAISSÉ AVEC RETOUR UC)

• Frais d'entrée : % (4,90 % maximum)

Pour la validation définitive de mon opération, je suis informé(e) et j'accepte que l'Assureur puisse me demander tous justificatifs concernant l'origine des fonds. À défaut de le(s) fournir lorsqu'il(s) est(sont) demandé(s), mon opération ne pourra pas être prise en compte.

• Régime de déductibilité choisi (cocher une case, cette déclaration du régime de déductibilité est irrévocable une fois le versement réalisé) :

Déductible Régime TNS Déductible Régime TNS Agricole
 Déductible Régime général Non déductible

• Mode de règlement :

Prélèvement bancaire : **compléter le mandat de prélèvement SEPA référencé Vm 965 et joindre un RIB.**

La référence unique du mandat (RUM) et l'identifiant du créancier SEPA (ICS) figurent sur le mandat de prélèvement SEPA signé.

Je choisis ma date de prélèvement : le/...../..... (comprise entre J + 6 jours et J + 40 jours, J correspondant à la date de signature de la présente demande) sous réserve de la réception des informations et/ou justificatifs demandés dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Chèque bancaire libellé exclusivement à l'ordre de « MMA Vie » par :

Nom/Prénoms ou dénomination sociale :

Qualité :

Chèque n° sur Banque : Agence bancaire de :

VERSEMENTS SUR COMPARTIMENT VERSEMENTS INDIVIDUELS (suite)

VERSEMENTS AUTOMATIQUES

Je demande la mise en place de « Versements automatiques » comme suit : Je modifie mes « Versements automatiques » comme suit :

- Montant de chaque versement : € (incluant les cotisations éventuelles des garanties de prévoyance souscrites)
 - Frais d'entrée : % (4,90 % maximum)
 - par mois par trimestre par semestre par an
 - Indexation automatique annuelle des versements : oui non
 - Régime de déductibilité choisi (cocher une case) :
 - Déductible Régime TNS Déductible Régime TNS Agricole
 - Déductible Régime général Non déductible

Le régime fiscal au titre duquel vous pouvez déduire de votre revenu ou bénéfice imposable les versements réalisés, est renseigné au moment de la mise en place des versements automatiques. Vous pouvez modifier ce régime à tout moment pour les versements automatiques à venir. Cette déclaration du régime de déductibilité est irrévocable une fois le versement réalisé.
 - Date du 1^{er} prélèvement : à compter du(jour)/.....(mois) au choix le 5, 15 ou 25 du mois.
 - Échéancier : le prélèvement de chaque versement susvisé sera effectué selon la périodicité précisée ci-dessus jusqu'au terme du contrat (en l'absence de modification ou d'arrêt de ces versements).
 - Prélèvement bancaire : **compléter le mandat de prélèvement SEPA référencé Vm 965 et joindre un RIB.**
La référence unique du mandat (RUM) et l'identifiant du créancier SEPA (ICS) figurent sur le mandat de prélèvement SEPA signé.
- À noter : En cas de mise en place ou d'augmentation de mes versements automatiques (hors indexation) et que les garanties Relais en cas d'arrêt de travail et/ou Relais en cas de décès sont souscrites, je dois remplir les conditions d'acceptation prévues à la rubrique GARANTIES DE PRÉVOYANCE (ci-dessous).**
- Je souhaite interrompre mes « VERSEMENTS AUTOMATIQUES ».
- Je reconnais que cette opération me fait perdre le bénéfice des garanties Relais en cas de décès et/ou Relais en cas d'arrêt de travail.**

AFFECTATION DES VERSEMENTS INDIVIDUELS

Supports	Versement ultérieur	Versements automatiques
<input type="checkbox"/> Formules gestion Horizon :		
- Horizon « Covéa Profil Équilibre » % %
- Horizon « Covéa Profil Offensif » % %
<input type="checkbox"/> Formule Libre (supports euros/UC) ⁽¹⁾⁽²⁾ :		
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
○ % %
TOTAL	100 %	100 %

(1) Conformément à la possibilité qui m'est donnée par l'article L 224-3 du Code monétaire et financier, je décide expressément que l'Assureur n'applique pas aux versements au titre de ce plan la règle d'allocation par défaut sur les supports Horizon Covéa Profil Équilibre ou Horizon Covéa Profil Offensif correspondant au profil « Équilibré Horizon Retraite » permettant de réduire progressivement les risques financiers tel que le prévoit le dit article.

(2) Ne pas oublier de faire figurer les supports concernés par les services SÉCURISATION DES PLUS VALUES et/ou STOP BAISSÉ AVEC RETOUR UC.

GARANTIES DE PRÉVOYANCE

La mise en place de ces garanties Relais est possible quel que soit le montant de versements automatiques mis en place. La mise en place des garanties Relais est soumise à l'acceptation médicale à l'aide du questionnaire de santé ci-joint.

- J'opte pour la garantie **Relais en cas d'arrêt de travail** et j'atteste avoir la qualité de **TNS ou TNS Agricole (possible uniquement pour les TNS/TNS Agricoles, en cas de mise en place de versements automatiques et si l'âge de l'assuré est < à 60 ans)**. En cas d'arrêt de travail (Incapacité Temporaire Totale) suite à une maladie ou à un accident, les versements automatiques effectués après 90 jours seront remboursés jusqu'à la fin de l'incapacité. En cas de reconnaissance de l'état d'invalidité Permanente Totale, MMA prend en charge les versements automatiques en cours au moment du sinistre et programmés jusqu'au terme de l'horizon de liquidation, dans les conditions et limites fixées au contrat. Le coût de cette garantie est de 3 % du montant de chaque versement automatique.
- J'opte pour la garantie **Relais en cas de décès (possible uniquement en cas de versements automatiques dans les conditions prévues au contrat)**. En cas de décès de l'assuré, MMA prend en charge le paiement des versements automatiques en cours au moment du sinistre et programmés jusqu'au terme de l'horizon de liquidation, dans les conditions et limites fixées au contrat. Ce cumul des versements automatiques pris en charge est versé en une seule fois et est investi sur le support en euros. Il vient s'ajouter au montant de l'épargne atteint. Le versement de cette prestation au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) met fin au contrat. Le coût de cette garantie est de 8 % du montant de chaque versement automatique.

Je certifie l'exactitude et la sincérité de mes réponses apportées au Questionnaire de santé et atteste ne pas avoir caché ou dissimulé d'éléments nécessaires à l'Assureur pour apprécier les risques à garantir. Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions encourues en cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte : réduction des indemnités ou nullité du contrat (articles L 113-9 et L 113-8 du Code des assurances).

RÉSILIATION DE GARANTIES DE PRÉVOYANCE (selon conditions prévues au contrat)

- Je souhaite résilier la (les) **GARANTIES** suivantes :
- la garantie Relais en cas de décès
 - la garantie Relais en cas de d'arrêt de travail

À NOTER : toute demande de résiliation de Garantie(s) prend effet à la fin du mois civil de la demande.

AUTRES MODIFICATIONS

Je modifie ma date envisagée de liquidation du contrat : / / soit à mes ans (80 ans maximum).

J'ai changé d'adresse : postale secondaire fiscale

- Nouvelle adresse (joindre une copie d'un justificatif de domicile):
Résid./appart./bât. : Rue ou lieu-dit :
- Code postal : Commune : Pays de résidence :
- Date d'effet : • Autres contrats concernés :

J'ai changé de compte bancaire : Je complète le mandat de prélèvement SEPA référencé Vm 965 et joins un nouveau RIB.

- Autres contrats concernés :

Je vous informe de : mon mariage mon divorce Sexe : M F

- Nom : Nom de naissance : • Prénoms :
- Joindre une copie de la carte d'identité en cours de validité et une copie lisible du livret de famille.

Je demande le transfert de mon contrat vers :

- Nouveau gestionnaire :
- Joindre le certificat d'identification du contrat d'accueil et un RIB du gestionnaire concerné (règlement par virement).

Je vous informe de ma perte de statut :

travailleur non salarié travailleur non salarié agricole Du fait de cette perte de statut, la garantie relais en cas d'arrêt de travail, si elle a été souscrite, est résiliée.

Je vous informe de la modification de la date de fin d'exercice fiscal (jour/mois) :

Les informations en matière de durabilité relatives au contrat et aux supports proposés sont disponibles à l'adresse suivante : <https://infos-supports-investissement-mma.quantalys.com>

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450527916, dont le siège social se situe 86-90, rue St-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance;
- réaliser des opérations de prospection commerciale;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations;
- conduire des actions de recherche et de développement;
- mener des actions de prévention;
- élaborer des statistiques et études actuarielles;
- lutter contre la fraude à l'assurance;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également demander la portabilité des données personnelles que vous nous avez confiées. Vous disposez enfin d'un droit d'opposition à la prospection commerciale et, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données personnelles à des fins de recherche et développements, de prévention et de lutte contre la fraude.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- MMA - Protection des Données Personnelles - 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9,
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site de votre Assureur sous l'onglet « Vie privée » ainsi que dans les Conditions générales ou Notices d'information qui vous ont été remises ou mises à votre disposition lors de votre souscription.

Je certifie avoir reçu un exemplaire du Document d'Informations Clés (DIC) de chaque nouvelle unité de compte choisie ou tout autre document pour les supports en unités de compte autres qu'OPCVM. Ces documents sont disponibles auprès de votre Assureur et sur le site Internet www.amf-france.org.

Je reconnais être informé(e) que sur les supports en unités de compte, l'Assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte (net de frais de gestion annuels) et non pas sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. Cet investissement peut entraîner un risque de perte en capital partielle ou totale supporté par l'adhérent.

Fait à, le

Signature de l'adhérent/souscripteur**Signature du(des) représentant(s) nommé(s) ci-dessus****Signature du conseiller**

(signature valant approbation de la clause « Protection des Données Personnelles »)

(signature valant approbation de la clause « Protection des Données Personnelles »)



EXPERTISE
PATRIMOINE

Fiche connaissance client

VU 403 - (édition 01/2024)



VOTRE CONSEILLER	N° d'apporteur.....	N° du contrat	
	NOM : S N° de bordereau		Référence.....
	N° de client.....		

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis à la législation relative à la Lutte Contre le Blanchiment des capitaux et le Financement du Terrorisme. Notamment, en cas de soupçon, nous devons effectuer une déclaration auprès du service TRACFIN.

Dans le cadre de ces obligations légales, nous devons recueillir des informations précises relatives à votre identité, à l'objet et à la nature de l'opération (articles L 561-5 et L 561-6 du Code monétaire et financier).

En l'absence de communication par l'adhérent/souscripteur des informations et/ou des justificatifs notamment ceux liés à la Lutte Contre le Blanchiment des capitaux et le Financement du Terrorisme (identité de la personne, profession...) l'Assureur se réserve le droit de refuser toute opération conformément aux dispositions du Code monétaire et financier et du Code des assurances.

IDENTIFICATION

ADHÉRENT/SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénoms : né(e) le :
 Profession actuelle : Catégorie socioprofessionnelle :

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE) ?

Ces questions vous sont posées pour répondre à nos obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

- Exercez-vous ou avez-vous cessé d'exercer depuis moins d'un an, l'une des fonctions publiques énoncées dans la liste ci-dessous? OUI NON
- Avez-vous un membre direct de votre famille⁽¹⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /
- Êtes-vous étroitement associé(e) à une personne⁽²⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /

Vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus. Un justificatif d'origine des fonds devra être joint obligatoirement et des informations et/ou justificatifs complémentaires pourront vous être demandés afin de valider votre adhésion ou toute autre opération de versement ou de prestation.

CO-ADHÉRENT/CO-SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénoms : né(e) le :
 Profession actuelle : Catégorie socioprofessionnelle :

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE) ?

Ces questions vous sont posées pour répondre à nos obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

- Exercez-vous ou avez-vous cessé d'exercer depuis moins d'un an, l'une des fonctions publiques énoncées dans la liste ci-dessous? OUI NON
- Avez-vous un membre direct de votre famille⁽¹⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /
- Êtes-vous étroitement associé(e) à une personne⁽²⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /

Vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus. Un justificatif d'origine des fonds devra être joint obligatoirement et des informations et/ou justificatifs complémentaires pourront vous être demandés afin de valider votre adhésion ou toute autre opération de versement ou de prestation.

REPRÉSENTANT/ADMINISTRATEUR DÉSIGNÉ/MANDATAIRE

Nom : Prénoms : né(e) le :
 Profession actuelle : Catégorie socioprofessionnelle :

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE) ?

Ces questions vous sont posées pour répondre à nos obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

- Exercez-vous ou avez-vous cessé d'exercer depuis moins d'un an, l'une des fonctions publiques énoncées dans la liste ci-dessous? OUI NON
- Avez-vous un membre direct de votre famille⁽¹⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /
- Êtes-vous étroitement associé(e) à une personne⁽²⁾ qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une de ces fonctions? OUI NON
 Si oui, préciser : Civilité Nom de naissance Nom d'usage
 Prénoms Né(e) le / /

Vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus. Un justificatif d'origine des fonds devra être joint obligatoirement et des informations et/ou justificatifs complémentaires pourront vous être demandés afin de valider votre adhésion ou toute autre opération de versement ou de prestation.

Liste des fonctions:

1. Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne;
2. Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou d'un groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger;
3. Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours;
4. Membre d'une cour des comptes;
5. Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale;
6. Ambassadeur ou chargé d'affaires;
7. Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée;
8. Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique;
9. Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

(1) Membre direct de la famille:

- le conjoint ou le concubin notoire, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- les enfants ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- les ascendants au 1^{er} degré.

(2) Personne étroitement associée:

- les personnes physiques qui, conjointement avec une personne exerçant ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an une fonction publique énoncée ci-dessus, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif comparable de droit étranger;
- les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit d'une personne exerçant ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an une fonction publique énoncée ci-dessus;
- toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec une personne exerçant ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an une fonction publique énoncée ci-dessus.

(3) Prestations: rachat partiel ou total, rachats partiels programmés, revenus trimestriels, avance.

Nom - Prénom de de l'adhérent/souscripteur :

AUTRE INTERVENANT À L'OPÉRATION

Q1 • Si l'identité du payeur de primes ou du bénéficiaire de prestations⁽⁹⁾ est différente de celle de(s) l'adhérent(s)/souscripteur(s)

Nom : Prénoms : né(e) le :

Profession actuelle (si retraité, indiquer « Retraité » et la dernière profession exercée) :

Adresse :

Nature, N°, date, lieu et autorité de délivrance de la pièce d'identité :

Lien de parenté :

Motivation du choix d'un payeur ou d'un bénéficiaire différent de l'adhérent/souscripteur :

REVENUS ET PATRIMOINE

Q2 • Revenus annuels et patrimoine du foyer fiscal

- Tranches de revenus annuels du foyer fiscal : moins de 20 000 € de 20 000 à 40 000 € de 40 000 à 100 000 €
 de 100 000 à 150 000 € de 150 000 à 300 000 € plus de 300 000 €
- Tranches de patrimoine du foyer fiscal : moins de 10 000 € de 10 000 à 50 000 € de 50 000 à 300 000 €
 de 300 000 à 1 000 000 € de 1 000 000 à 2 000 000 € plus de 2 000 000 €

OPÉRATION DE RACHAT OU D'AVANCE

Q3 • Si rachat partiel (ponctuel ou programmé), revenus trimestriels, rachat total ou avance, préciser la motivation de la demande

- besoin de trésorerie achat immobilier diversification des placements
 aider un proche obtenir des revenus complémentaires je ne souhaite pas répondre

OPÉRATION DE VERSEMENTS (tous types de versements)

Q4 • Provenance géographique et origine des fonds versés sur le contrat

• **Provenance géographique des fonds :**

France métropolitaine : Oui Non (préciser le pays ou la collectivité d'outre-mer)

• **Origine des fonds** (cocher une ou plusieurs cases) : *En cas de pluralité de versements, préciser l'(les) origine(s) des fonds des différents versements.*

- Revenus Épargne/Placement (y compris réemploi de prestations issues d'un précédent contrat)/valeurs mobilières
 Donation Héritage Cession de biens professionnels Cession de biens immobiliers Gains aux jeux
 Autres (à préciser) :

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie des justificatifs d'origine des fonds en présence :

- d'un versement ou remboursement du compte avance \geq 130 000 €,
- ou d'un versement ou remboursement du compte avance \geq 10 000 € : si la provenance géographique des fonds est hors France métropolitaine ; si l'origine des fonds est totalement ou partiellement « Autres » ;
- d'une Personne Politiquement Exposée (PPE) et/ou d'un non-résident de nationalité étrangère pour tout versement ou remboursement du compte avance dès le 1^{er} euro.

Q5 • Objectif principal de l'opération (versements)

- Me constituer ou valoriser un capital Transmettre un capital
 Préparer ma retraite Obtenir des revenus complémentaires

Q6 • Profil type d'investisseur

Le comportement face à l'incertitude joue un rôle déterminant dans le comportement d'épargne et de gestion du patrimoine financier.

À partir des questions qui vous ont été posées et des réponses que vous avez bien voulu apporter, vos connaissances et expérience financières et votre tolérance au risque ont été évaluées. Ainsi votre profil d'épargnant a été déterminé, en lien notamment avec vos objectifs afin de vous guider vers des solutions de placement les mieux adaptées.

Les profils d'épargnant ont été placés dans 5 catégories, libellées de A à E :

Cette nomenclature des catégories est valable uniquement pour des projets supérieurs à 10 ans.				
Appétence au risque	Connaissances et expérience financières ⁽¹⁾			
	★	★★	★★★	★★★★
AUCUNE	A	A	A	A
FAIBLE	B	B	B	C
MOYENNE	B	C	D	D
ÉLEVÉE	C	D	D	E

Pour des projets entre 5 et 10 ans, la répartition est la suivante :				
Appétence au risque	Connaissances et expérience financières ⁽¹⁾			
	★	★★	★★★	★★★★
AUCUNE	A	A	A	A
FAIBLE	B	B	B	B
MOYENNE	B	C	C	C
ÉLEVÉE	B	C	D	D

(1) « ★ » correspondant à des connaissances et expérience financières inexistantes ou très faibles et « ★★★★ » correspondant à d'excellentes connaissances et expérience financières.

Pour des **projets de durée inférieure à 5 ans**, une appétence au risque faible, moyenne ou élevée conduira au profil **B**, quel que soit le niveau de connaissances et d'expérience financières ; aucune appétence amènera au profil **A**.

Pour tout **adhérent/souscripteur âgé de 85 ans ou plus**, quels que soient les niveaux d'appétence au risque et de connaissances et expérience financières, un investissement à 100 % sur le support en euros est adapté pour éviter un risque de perte en capital et engendre le profil **A**.

Compte tenu des éléments d'information transmis par le client, de ses besoins et exigences, de son âge, de son objectif et de la durée d'investissement envisagée, le profil type d'investisseur du client pour le contrat (nom du produit) est le suivant :

Cocher la case correspondante	Profil d'investisseur	
<input type="checkbox"/>	A	De 0 % d'unités de compte à 20 % d'unités de compte
<input type="checkbox"/>	B	De 10 % d'unités de compte à 40 % d'unités de compte
<input type="checkbox"/>	C	De 30 % d'unités de compte à 50 % d'unités de compte
<input type="checkbox"/>	D	De 40 % d'unités de compte à 80 % d'unités de compte
<input type="checkbox"/>	E	De 60 % d'unités de compte à 100 % d'unités de compte

Durée d'investissement envisagée : ans.

Le client choisit-il un investissement en adéquation avec le marché cible auquel il appartient ? OUI NON

Nom - Prénom de de l'adhérent/souscripteur:

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450527916, dont le siège social se situe 86-90, rue St-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de:

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance;
- réaliser des opérations de prospection commerciale;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations;
- conduire des actions de recherche et de développement;
- mener des actions de prévention;
- élaborer des statistiques et études actuarielles;
- lutter contre la fraude à l'assurance;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme;

- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également demander la portabilité des données personnelles que vous nous avez confiées. Vous disposez enfin d'un droit d'opposition à la prospection commerciale et, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données personnelles à des fins de recherche et développements, de prévention et de lutte contre la fraude.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante:

- MMA - Protection des Données Personnelles
160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9,
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site de votre Assureur sous l'onglet « Vie privée » ainsi que dans les Conditions générales ou Notices d'Information qui vous ont été remises ou mises à votre disposition lors de votre souscription.

Fait à, le

Signature de(s) l'adhérent(s)/souscripteur(s)
à défaut son représentant/administrateur désigné/mandataire

Signature du courtier

MODE D'EMPLOI DE LA FICHE CONNAISSANCE CLIENT

1. Utiliser ces questions pour optimiser la qualité du conseil patrimonial ou fiscal;
2. Poser les questions au client selon la nature et le montant de l'opération, conformément au tableau ci-dessous;
3. Adresser la FICHE CONNAISSANCE CLIENT complétée et signée, après en avoir conservé une copie, à MMA pour contrôle et archivage, **que l'opération soit traitée sous P9 ou sous forme papier**;
4. Joindre au recueil le scan de la FICHE CONNAISSANCE CLIENT complétée et signée, en cas de perte de délégation.

ACTES		SEUILS		RÈGLES DE REMPLISSAGE DE LA FCC PAR L'APPORTEUR					
				RÉPONSES OBLIGATOIRES OU FACULTATIVES					
				Q1 • Identité payeur ou bénéficiaire (si différent de l'adhérent/du souscripteur)	Q2 • Tranches de revenus annuels et patrimoine	Q3 • Motivation de la demande	Q4 • Provenance géographique et origine des fonds	Q5 • Objectif principal de l'opération	Q6 • Profil type d'investisseur
Affaire Nouvelle									
Transfert entrant	au 1 ^{er} €			X ⁽¹⁾	X		X	X	X
Mise en place de Versements Automatiques									
Modification ou arrêt de Versements Automatiques	au 1 ^{er} €								X
Versement Ultérieur									
Versement au titre du rachat d'années antérieures (produits Madelin et Agriculteur)	< 10 000 €								X
Versement Ultérieur									
Versement au titre du rachat d'années antérieures (produits Madelin et Agriculteur)	≥ 10 000 €			X ⁽¹⁾	X		X	X	X
Modification de clause bénéficiaire en présence d'une clause bénéficiaire nominative (CLD05 - CLD06 - CLD07 - CLD09 - CLD10)	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Arbitrage	au 1 ^{er} €								X
Mise en place du service investissement progressif	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Avance	< 10 000 €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Avance	≥ 10 000 €			X ⁽¹⁾	X	X			
Remboursement du compte avance	< 10 000 €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Remboursement du compte avance	≥ 10 000 €			X ⁽¹⁾	X		X		
Rachat partiel ou Rachats partiels programmés (mise en place, Modification ⁽²⁾)	< 10 000 €								X
Rachat partiel ou Rachats partiels programmés (mise en place, Modification ⁽²⁾)	≥ 10 000 €			X ⁽¹⁾	X	X			X
Mise en place ou modification des revenus trimestriels sur un contrat avec épargne	< 100 000 €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Mise en place ou modification des revenus trimestriels sur un contrat avec épargne	≥ 100 000 €			X ⁽¹⁾	X	X			
Arrêt des revenus trimestriels ou arrêt de Rachats partiels programmés	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Rachat total	< 10 000 €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Rachat total	≥ 10 000 €			X ⁽¹⁾		X			
Renonciation	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Transfert sortant	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Sortie en rente viagère	au 1 ^{er} €	PAS DE FCC DEMANDÉE							
Changement de RIB entraînant un payeur de primes ou un bénéficiaire différent de(s) l'adhérent(s)/souscripteur(s)	au 1 ^{er} €			X					

(1) Question à renseigner EXCLUSIVEMENT en présence d'un payeur de primes ou d'un bénéficiaire de prestations différent de(s) l'adhérent(s)/souscripteur(s).

(2) Modification : changement de montant (hausse/baisse) ou de périodicité.

INFORMATIONS SUR LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Ci-dessous, informations sur les pièces justificatives les plus couramment demandées sur les principaux actes de gestion. Cette liste n'étant pas exhaustive, d'autres pièces pourront être réclamées par votre conseiller en fonction de votre situation (non-résident fiscal, majeur représenté ou mineur...) et/ou de l'opération envisagée.

ADHÉSION/VERSEMENTS (LIBRES/AUTOMATIQUES)

- La demande d'adhésion ou de versement, complétée de la répartition des supports et des frais sur versements et signée.
- La Fiche Connaissance Client (FCC) signée.
- Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité et un justificatif de domicile de moins de 3 mois si l'adresse déclarée est différente de celle figurant sur la pièce d'identité*.
- Une copie d'un justificatif d'origine des fonds notamment si:
 - le versement est supérieur ou égal à 130 000 €,
 - la provenance des fonds est hors France métropolitaine ou si l'origine des fonds est partiellement ou totalement « Autres »,
 - le souscripteur/adhérent (ou le représentant) est une PPE.
- Un RIB et le mandat de prélèvement signé en cas de paiement par prélèvement.

* En cours de vie du contrat ces documents sont à actualiser si nécessaire.

ARBITRAGE

- La demande d'arbitrage complétée de la répartition des supports et signée.
- Si besoin d'actualisation, une copie d'une pièce d'identité en cours de validité et/ou un justificatif de domicile de moins de 3 mois si l'adresse déclarée est différente de celle figurant sur la pièce d'identité.
- La Fiche Connaissance Client (FCC) signée.

AVANCE/RACHATS (PARTIELS PONCTUELS/PROGRAMMÉS/REVENUS TRIMESTRIELS)

- La demande d'avance signée.
- La demande de rachat complétée de l'option fiscale choisie et signée.
- La Fiche Connaissance Client (FCC) signée.
- Si besoin d'actualisation, une copie d'une pièce d'identité en cours de validité et/ou un justificatif de domicile de moins de 3 mois si l'adresse déclarée est différente de celle figurant sur la pièce d'identité.
- Un RIB pour une prestation réglée par virement.

RACHAT TOTAL

- La demande de rachat complétée de l'option fiscale choisie et signée.
- La Fiche Connaissance Client (FCC) signée.
- La police originale (Certificat d'adhésion ou Conditions particulières).
- Un RIB pour une prestation réglée par virement.