

QUESTIONNAIRE CONNAISSANCE CLIENT PERSONNE MORALE

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

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

IMPORTANT

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

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

SECTION I - IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE D'ASSURANCE

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

N° ORIAS :

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération :

SECTION II - IDENTIFICATION DU 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 ¹),
- Etats financiers (bilan et comptes de résultats du dernier exercice clos).

🏢 Entreprise Souscriptrice

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

Nom de l'entreprise/dénomination sociale :

Forme juridique : N° de Siret :

Adresse légale :

Adresse postale :

| _ | _ | _ | _ | _ | Localité Boite postale

Code postal

Représentée par : Fonction

M Mme : Nom d'usage

Nom de naissance

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

Régime fiscal : IR IS Autre, précisez :

Dater et parapher

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

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

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

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

Identification des Bénéficiaires effectifs de la Personne Morale

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 %.

Dater et parapher

Informations financières (du dernier exercice clos)

Date du dernier exercice clos :

Personne Morale soumise à l'IS :

Chiffre d'affaires : € Résultat net annuel : €

Personne Morale soumise à l'IR :

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

Composition du patrimoine :

Trésorerie :€ Actif non financiers :€ Actif immobiliers : €

SECTION III - EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE SERVICES D'INVESTISSEMENT

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

- inexistante modérée correcte bonne éprouvée

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION IV - OBJECTIFS DE PLACEMENT

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

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

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

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

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

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

Dater et parapher

 CLIENT

- Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans le présent Questionnaire Connaissance Client - Personne Morale.
- Je reconnais avoir reçu une copie du présent Questionnaire Connaissance Client - Personne Morale.
- **Protection des données personnelles** : toutes les informations collectées dans le présent formulaire sont enregistrées par PREPAR-VIE, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de PREPAR-VIE et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de PREPAR-VIE, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de PREPAR-VIE, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par PREPAR-VIE, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne. Elles sont conservées, par PREPAR-VIE, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. La personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de ses données, du droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après sa mort et, le cas échéant, de retirer son consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits il convient de fournir une pièce justificative d'identité et de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, soit par mél (dpo@prepar-vie.com), soit par courrier (PREPAR-VIE, Tour Franklin, 100 -101 Terrasse Boieldieu, 92042 Paris La Défense cedex) . En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL (www.cnil.fr). Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

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

Nom du représentant de l'entité :

Fonction du représentant :

Nom et prénom du Conseiller ayant traité l'opération :

Fait à Le

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

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