

Souscripteur/Assuré(e)

Activité

En activité Sans activité* Retraité*

Profession (ou dernière profession exercée si sans activité ou si retraité)

Code CSP ⁽¹⁾ [] [] [] [] * Date de fin d'activité [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si TNS ou ancien TNS, préciser également : Code NAF/APE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

N° SIRET (SIREN-NIC) []

Nom de l'entreprise _____

Je change d'adresse

Nouvelle adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] Ville _____

⁽¹⁾ Merci de vous reporter à l'annexe « Pièces nécessaires à la souscription » de la Note d'information valant Conditions générales.

Co-Souscripteur/Co-Assuré(e)

Activité

En activité Sans activité* Retraité*

Profession (ou dernière profession exercée si sans activité ou si retraité)

Code CSP ⁽¹⁾ [] [] [] [] * Date de fin d'activité [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si TNS ou ancien TNS, préciser également : Code NAF/APE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

N° SIRET (SIREN-NIC) []

Nom de l'entreprise _____

Je change d'adresse

Nouvelle adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] Ville _____

Connaissance client (Personne Physique uniquement)

Personne Politiquement Exposée

Souscripteur/Assuré(e)

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽²⁾

Oui (préciser) _____ Non

Pays d'exercice _____

Fonction _____

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Êtes-vous proche d'une Personne Politiquement Exposée (PPE), en tant que membre direct de la famille ou en tant que personne étroitement associée ? ⁽²⁾

Oui (préciser) _____ Non

Pays d'exercice _____

Nom et Prénom de la PPE _____

Fonction de la PPE _____

Lien de la PPE avec le Souscripteur _____

Si fin de fonction de la PPE inférieure à 1 an, date de fin [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si une réponse positive est apportée à l'une des questions ci-dessus, un justificatif sur l'origine des fonds devra être joint au bulletin.

⁽²⁾ Référez-vous au document « Aide et pièces nécessaires à l'opération de versement » dans lequel figure la Définition des Personnes Politiquement Exposées (PPE).

Souscripteur/Assuré(e)

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽²⁾

Oui (préciser) _____ Non

Pays d'exercice _____

Fonction _____

Si fin de fonction inférieure à 1 an, date de fin [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Êtes-vous proche d'une Personne Politiquement Exposée (PPE), en tant que membre direct de la famille ou en tant que personne étroitement associée ? ⁽²⁾

Oui (préciser) _____ Non

Pays d'exercice _____

Nom et Prénom de la PPE _____

Fonction de la PPE _____

Lien de la PPE avec le Co-Souscripteur _____

Si fin de fonction de la PPE inférieure à 1 an, date de fin [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Si une réponse positive est apportée à l'une des questions ci-dessus, un justificatif sur l'origine des fonds devra être joint au bulletin.

Données financières et patrimoniales

Revenus annuels du foyer

de 0 € à 25 000 €

de 25 000 € à 50 000 €

de 50 000 € à 75 000 €

de 75 000 € à 100 000 €

de 100 000 € à 150 000 €

de 150 000 € à 300 000 €

plus de 300 000 € (préciser) _____ € (facultatif)

Répartition du patrimoine du foyer en pourcentage

Immobilier _____ %

Portefeuille de valeurs mobilières _____ %

Placements bancaires (ex : livret d'épargne) _____ %

Contrats assurance-vie/capitalisation _____ %

Autre (ex : objets d'art, rente...) _____ %

(préciser) _____

Estimation du patrimoine du foyer

de 0 € à 100 000 €

de 100 000 € à 300 000 €

de 300 000 € à 500 000 €

de 500 000 € à 1 000 000 €

de 1 000 000 € à 2 000 000 €

de 2 000 000 € à 5 000 000 €

de 5 000 000 € à 10 000 000 €

plus de 10 000 000 € (préciser) _____ € (facultatif)

Origine du patrimoine du foyer

Épargne/revenus

Succession/donation

Cession d'actif(s) immobilier(s)

Cession d'actif(s) mobilier(s)

Cession d'actif(s) professionnel(s)

Gains au jeu

Autre (préciser) _____

Numéro du contrat _____

Nom du Souscripteur _____

Prénom du Souscripteur _____

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nom du Souscripteur _____

Prénom du Souscripteur _____

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Paraphe(s)

X

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont la 5^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).



1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Courtier - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Versements libres - Versements libres programmés - Remboursement total ou partiel d'avance

J'effectue un versement libre de _____ € (minimum 500 euros) à investir selon la répartition ci-après :

| | | Montant brut |
|--|---------------------|--------------|
| Fonds en euros _____ (*) | | _____ € |
| Fonds en euros _____ (*) | | _____ € |
| Autres support(s) sélectionné(s) (libellé(s)) | Code(s) ISIN | |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| Total | | _____ € |

(*) Indiquez le libellé du fonds en euros.
Veuillez vous référer aux modalités prévues dans la Note d'information valant Conditions générales de votre contrat.

Je mets en place des versements libres programmés (joindre un RIB et le mandat de prélèvement dûment rempli et signé).

Périodicité et montant du versement :

Mensuelle : _____ € (minimum 50 €) Trimestrielle : _____ € (minimum 150 €)
 Semestrielle : _____ € (minimum 300 €) Annuelle : _____ € (minimum 600 €)

Selon la répartition ci-après :

| Support(s) sélectionné(s) (libellé(s)) | Code(s) ISIN | Montant brut |
|--|--------------|--------------|
| Fonds en euros _____ (*) | | _____ € |
| Fonds en euros _____ (*) | | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| _____ | _____ | _____ € |
| Total | | _____ € |

(*) Indiquez le libellé du fonds en euros.
Veuillez vous référer aux modalités prévues dans la Note d'information valant Conditions générales de votre contrat.

Je modifie mes versements libres programmés :

Nouveau montant _____ €, (le cas échéant, j'indique la nouvelle répartition sur les lignes du pavé ci-dessus).
 Nouvelle périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle
 Nouvelle répartition (j'indique la nouvelle répartition sur les lignes du pavé ci-dessus).

Je mets fin à mes versements libres programmés.

Je rembourse totalement ou partiellement une « avance » :

Total Partiel
 Je rembourse la somme de _____ x _____ €

Mode de règlement ⁽³⁾ :

Tout versement en espèces est exclu.

Par prélèvement (joindre un RIB et le mandat de prélèvement dûment rempli et signé)
 Par virement (joindre obligatoirement une copie de l'avis d'exécution de virement et un RIB) sur le compte de Generali Vie ouvert dans les livres de la Société Générale : IBAN : FR76 3000 3033 9100 0500 2480 323 BIC : SOGEFRPP

⁽³⁾ Référez-vous au document « Aide et pièces nécessaires à l'opération de versement » dans lequel figure la liste des pièces justificatives nécessaires relatives au moyen de paiement.

| | |
|--|------------------------------|
| Numéro du contrat _____ XXXXXXXX _____ | Nom du Souscripteur _____ |
| Nom du Souscripteur _____ XXXXXXXX _____ | Nom du Souscripteur _____ |
| Prénom du Souscripteur _____ XXXXXXXX _____ | Prénom du Souscripteur _____ |
| Date de naissance 0.1.0.1.2.0.2.3 | Date de naissance _____ |

Paraphe(s)

x

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages dont la 5^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).



1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Courtier - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Connaissance de l'opération

Objectifs du versement (cocher un ou plusieurs objectifs)

- Transmettre un capital à mes héritiers ou à des tiers
 Constituer un capital
 Disposer de revenus complémentaires futurs (retraite)

- Utiliser le contrat d'assurance comme un instrument de garantie
 Autre (préciser) _____

Horizon d'investissement

- 0 à 4 ans 4 à 8 ans Plus de 8 ans

Indiquer l'origine des fonds affectés à l'opération ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

| | Date | Montant de l'opération |
|---|-------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Revenus | | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Revenu de l'activité | | |
| <input type="checkbox"/> Prime ponctuelle/indemnités | | |
| <input type="checkbox"/> Revenus locatifs - fonciers | | |
| <input type="checkbox"/> Rente | | |
| <input type="checkbox"/> Épargne | | |
| <input type="checkbox"/> Épargne (sur livret, PEA etc...) | | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Épargne salariale et d'entreprise | | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Capital de contrats : Indemnité d'assurance (rachat, terme, bénéfice, etc.) | _____ | _____ € |
| Nom de(s) l'organisme(s) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Héritage | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Donation | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Cession d'actifs | | |
| <input type="checkbox"/> Mobiliers | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Immobiliers | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Professionnels (droits sociaux, fonds de commerce, d'entreprise ou de clientèle) | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Dividendes | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Remboursement de compte courant d'associé | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Gains au jeu | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Cessions d'œuvres d'art | _____ | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ | _____ | _____ € |
| Total | | _____ € |

Les fonds affectés à l'opération font-ils ou ont-ils fait l'objet d'une régularisation fiscale auprès des services fiscaux français, dans le cadre d'un rapatriement de fonds ?

- Oui Non

⁽⁴⁾ L'origine des fonds doit couvrir le montant total investi.

⁽⁵⁾ Merci de vous reporter au document « Aide et pièces nécessaires à l'opération de versement » dans lequel figure la liste des pièces justificatives nécessaires pour l'origine des fonds.

Moyen de paiement ⁽⁶⁾

La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Souscripteur ?

- Oui Non

La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Co-Souscripteur ?

- Oui Non

Si réponse **Non** du Souscripteur/Co-Souscripteur, merci de compléter les champs ci-dessous :

Nature du tiers payeur de prime Personne physique Personne Morale

Nom du tiers payeur de prime _____

Prénom du tiers payeur de prime _____

Motif de recours au tiers payeur de prime _____

Lien avec le tiers payeur de prime _____

Adresse du tiers payeur de prime _____

Code postal [] Ville _____ Pays _____

L'instrument de paiement émane-t-il d'un établissement de crédit situé sur le territoire français ? Oui Non

Pays de provenance des fonds _____

Motif de recours à cet établissement _____

Tout versement en espèces est exclu.

⁽⁶⁾ Merci de vous reporter au document « Aide et pièces nécessaires à l'opération de versement » dans lequel figure la liste des pièces justificatives nécessaires relatives au moyen de paiement.

| | | | |
|------------------------|-----------------|------------------------|---|
| Numéro du contrat | XXXXXXXX | Nom du Souscripteur | _____ |
| Nom du Souscripteur | XXXXXXXX | Prénom du Souscripteur | _____ |
| Prénom du Souscripteur | XXXXXXXX | Date de naissance | [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| Date de naissance | 0.1.0.1.2.0.2.3 | | |

| |
|------------|
| Paraphe(s) |
| X |

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages dont la 5^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).



Observations

Signature(s)

Merci de bien vouloir apposer votre (vos) signature(s) dans le(s) cadre(s) ci-dessous.

Le Souscripteur reconnaît avoir reçu les documents d'informations clés pour l'investisseur, notes détaillées et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation relatifs aux supports en unités de compte sélectionnés dans le présent Bulletin et pris connaissance de leurs principales caractéristiques.

Les documents d'informations clés pour l'investisseur, notes détaillées et/ou tout autre document d'information financière équivalent prévu par la réglementation des supports en unités de compte présents au contrat sont disponibles sur simple demande auprès de son Courtier ou via le site internet des sociétés de gestion.

Le Souscripteur déclare avoir été clairement informé qu'en investissant sur des supports en unités de compte, il prenait à sa charge le risque lié à la variation des cours de chacun de ceux qu'il a souscrits.

Fait à Paris, France, le 01|01|2023

| | | |
|--|---|--|
| Signature du Souscripteur/Assuré/ Assuré mineur (si plus de 12 ans) | Signature du Co-Souscripteur/Co-Assuré | Signature(s) du ou des représentants légaux |
|--|---|--|

Données personnelles du Souscripteur :

Pour toute information sur le traitement de ses données personnelles et sur ses droits, le Souscripteur est invité à consulter l'annexe « Information sur le traitement de vos données personnelles » figurant dans la Note d'information valant Conditions générales du contrat ou sur le site : <https://nalo.fr>

Document à renvoyer par email à :
service.clients@nalo.fr

| | | | |
|------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Numéro du contrat | <u>XXXXXXXX</u> | Nom du Co-Souscripteur | _____ |
| Nom du Souscripteur | <u>XXXXXXXX</u> | Prénom du Co-Souscripteur | _____ |
| Prénom du Souscripteur | <u>XXXXXXXX</u> | Date de naissance | ____ ____ ____ ____ ____ ____ |
| Date de naissance | <u>01 01 2023</u> | | |

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont la 5^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).

