

Dans le cadre des obligations réglementaires de connaissance actualisée du client, ce document doit être complété et signé par le courtier et le client pour :

- toute souscription,
- toute opération après-vente de versement, avance, rachat partiel ou total, dès le 1^{er} euro

Les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance, puis l'exécuter.

DOSSIER - CLIENT

Identification de la personne morale (PM)

Dénomination sociale (cf. Kbis) :

Nom commercial de la société :

Forme juridique :

Description de l'activité :

Adresse du siège social :

Nom/Prénom du représentant légal :

Fonction du représentant légal :

Code NAF :

N° de SIREN :

Identification du produit

Nom du produit : N° de contrat :

Date de signature (en cas de nouvelle souscription) : / /

Ancienneté de la relation commerciale avec le courtier ?

SITUATION FINANCIÈRE

Régime fiscal

Pays de résidence fiscale de la personne morale souscriptrice :

Fiscalité applicable : Impôt sur les sociétés Impôt sur les revenus des personnes physiques

Personne morale soumise à l'IS :

Montant du capital social : €

Chiffre d'affaire du dernier exercice clos : € Date d'arrêté : / /

Résultat net : € Actif : Passif :

Terrains et constructions : Disponibilités :

Immobilisations financières :

Valeurs mobilières de placement :

Personne morale soumise à l'IR :

Montant des revenus imposables déclarés (de la personne morale) lors du dernier exercice fiscal (hors revenus personne physique du foyer fiscal) :

SITUATION FINANCIÈRE

Merci de renseigner les informations ci-dessous uniquement pour les OBNL (organismes de droit privé à but non lucratif) :

Financement de la personne morale

Principale source de financement * : _____

Répartition du financement par pays **: _____

Pays :

Pourcentage :

Pourcentage du financement global en espèces : _____

Activité de la personne morale

Principal secteur d'activité : _____

Répartition des dépenses par pays ***: _____

Pays :

Pourcentage :

* Cotisations, donations individuelles, legs, contributions d'entreprise, subventions...

** Origine géographique du financement

*** Utilisation des fonds collectés et gérés par l'organisme à but non lucratif par pays

LIENS AVEC DES PAYS SOUS SANCTIONS

Si la structure réalise des flux transfrontaliers en dehors de l'UE, ou si elle répond positivement à l'une des questions suivantes, merci de renseigner un MSCQ (Questionnaire Major Sanctioned Countries) complet.

Est-ce que votre société est présente à Cuba, en Iran, en Syrie, en Corée du Nord, au Soudan - Précisez si :

1) Elle a des bureaux ou si elle effectue des investissements :

- Dans ces pays ou
- Dans des entités enregistrées dans ces pays ou
- Dans des entités dont les actionnaires résident dans ces pays ? oui non

2) Elle réalise (ou prévoit de réaliser) des transactions ou des activités :

- Directement ou indirectement avec ces pays ou
- Avec des personnes ou des entités de ces pays (situées, résidentes, constituées) ? oui non

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS*

***Pour les sociétés, il s'agit des personnes détenant directement ou indirectement au moins 25% du capital social et/ou exerçant un pouvoir décisionnel ou de contrôle dans la société. Ce seuil est abaissé à 10% lorsque la personne morale présente au moins un critère de sensibilité.**

*** Pour les Organismes de droit privé à but non lucratif, il s'agit des membres du bureau et/ou membres du conseil d'administration si différent.**

Une pièce d'identité devra être jointe pour chaque bénéficiaire effectif, ainsi que pour chaque personne associée (principaux dirigeants*, signataires autorisés, administrateurs)

* Personnes qui exercent une influence déterminante sur les décisions du client : Membres du bureau (Président du Conseil d'administration, Vice-président, Trésorier, Secrétaire), Directeur Général, Directeur Financier, Directeur Administratif, Directeur Exécutif, etc.)

Bénéficiaire effectif 1

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Pays de résidence fiscale : _____ Nationalités : _____

Références de la pièce d'identité :

Type : _____ Pays : _____ Numéro : _____

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) : _____

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) : _____

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

Bénéficiaire effectif 2

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Pays de résidence fiscale : _____ Nationalités : _____

Références de la pièce d'identité :

Type : _____ Pays : _____ Numéro : _____

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) : _____

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) : _____

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

Bénéficiaire effectif 3

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Pays de résidence fiscale : _____ Nationalités : _____

Références de la pièce d'identité :

Type : Pays : Numéro :

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) :

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) :

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

Bénéficiaire effectif 4

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Pays de résidence fiscale : Nationalités :

Références de la pièce d'identité :

Type : Pays : Numéro :

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) :

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) :

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

Bénéficiaire effectif 5

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Pays de résidence fiscale : Nationalités :

Références de la pièce d'identité :

Type : Pays : Numéro :

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) :

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) :

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

Bénéficiaire effectif 6

Type de bénéficiaire effectif (préciser le poste occupé ou le pourcentage du capital détenu)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Pays de résidence fiscale : Nationalités :

Références de la pièce d'identité :

Type : Pays : Numéro :

Pour les bénéficiaires effectifs des sociétés :

Pays d'activité (si différent du pays de résidence) :

Secteur d'activité (en dehors de la structure patrimoniale) :

Profession (en dehors de la structure patrimoniale) :

- Dirigeant d'entreprise Indépendant Profession libérale Commerçant Artisan
 Salarié Fonctionnaire Retraité Sans activité

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE

Présence de Personnes politiquement exposées (PPE) dans les bénéficiaires effectifs : Oui Non

Si oui : Nom/Prénom : Titre/Fonction PPE :

Depuis quand ? : Quelle est sa fonction dans l'entreprise souscriptrice ? :

L'un des bénéficiaires effectifs est-il en lien avec une PPE ? Oui Non

Si oui, préciser (identité de la personne concernée - lien avec la PPE) :

Quelle est sa fonction dans la société souscriptrice (fonction selon statuts/Kbis) :

(Si plusieurs PPE : se servir de la zone commentaires pour compléter les informations)

DEMANDE D'OPÉRATION

Souscription : € Changement de porteur :
 Rachat total : € Rachat partiel : €

Pour les personnes morales à l'IR exclusivement :

Versement libre : € Versements programmés : €
 Renonciation : €

Le montant de l'opération est-il cohérent avec les caractéristiques financières et le type d'activité de la personne morale ?

Oui Non, précisez :

OBJECTIFS

Durée de détention envisagée pour le placement :

Valorisation du capital Utilisation du contrat comme instrument de garantie

Compléments de revenus Succession/Donation :

Protection en cas de décès (garantie homme clé)

Placement (préciser la durée) : Autre(s), précisez :

Optimisation fiscale (dans le cadre d'une transmission d'entreprise...)

(Cf § concernant justificatifs d'origine des fonds)

ORIGINE DES FONDS

- Revenus/dividendes/bonus
- Vente immobilière
- Succession/Donation
- Liquidité (préciser l'origine des fonds) : _____
- Réaffectation de l'épargne (préciser la date et l'origine de l'investissement initial) : _____
- Cession d'actifs (professionnels, immobiliers, mobiliers...), précisez : _____
- Autre, précisez : _____
- Indemnités d'assurances
- Legs/Dons

En cas de besoin, des justificatifs pour les fonds déposés pourront être demandés par l'Assureur.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT (Rachats partiels ou totaux, avance, renonciation)

Précisez la motivation de l'opération et la destination des fonds (bénéficiaire effectif des fonds, pays de destination ...)

Qui est le bénéficiaire effectif des fonds ? : _____

COMMENTAIRES

Nom et cachet du Courtier :

Signature du Courtier :

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et je reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires. J'autorise l'intermédiaire en assurance à communiquer à l'Assureur, en application des articles L561-7 et L561-8 du Code Monétaire et Financier (CMF), toutes les informations pertinentes pour l'exercice des diligences énoncées à l'article L561-6 du CMF.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du représentant légal
Cachet de la société

Ces informations sont recueillies par l'Assureur conformément aux obligations réglementaires relatives à la Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme, qui s'imposent aux Sociétés d'Assurance (exigences renforcées par la Directive Européenne 2005/60/CE du 26 octobre 2005, transposée le 30 janvier 2009, par Ordonnance N°2009-104 et décret et arrêté du 2 septembre 2009, complétés par les arrêtés des 10 novembre et 29 décembre 2009).

Conformément aux dispositions de l'article « Informatique et liberté » de la Notice du contrat, **les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter.**

Elles seront utilisées pour la gestion interne de l'Assureur, ses mandataires, ses courtiers, réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution des travaux effectués pour le compte de l'Assureur, à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'Assureur.

Le client peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant à AEP- Assurance Epargne Pension- Service relation clientèle - 76 rue de la Victoire -75009 Paris, en joignant à sa demande la copie du justificatif d'identité composant sa signature.

FORMULAIRE D'AUTO-CERTIFICATION FATCA/AEOI DES PERSONNES MORALES (ENTITIES SELF-CERTIFICATION)

I. IDENTIFICATION (SUBSCRIBER IDENTIFICATION)

Dénomination et forme sociale (legal name of entity) :

Pays d'immatriculation (country of incorporation or organization) :

Adresse de résidence (residence address) :

Numéro, rue (number, street) :

Code postal (postal code) :

Ville (city) :

Pays (country) :

II. RESIDENCE FISCALE (TAX RESIDENCY)

Les réglementations fiscales exigent que l'Assureur recueille certaines informations sur le statut fiscal de ses clients. Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous, la liste de TOUS les pays où la Personne Morale est considérée comme résidente à des fins fiscales et indiquer son NIF (Numéro d'Identification Fiscale) pour chacun de ces pays.

(Tax Regulations require the insurer to collect certain information on their client's tax status. Please provide, in the table below, the list of ALL the Countries where the entity is considered as a resident for tax purposes and indicate its TIN (Taxpayer Identification Numbers) in each of those countries).

PAYS DE RESIDENCE FISCALE AUTRE QUE US (COUNTRY/COUNTRIES OF TAX RESIDENCE OTHER THAN US)	NUMERO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)* (TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBERS (TIN)*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Numéro SIREN pour la France. (*SIREN Number in France).

Indiquer N/A si le pays d'imposition n'émet pas de NIF (please indicate N/A if the TIN does not exist in the country of tax residence).

La Personne Morale relève-t-elle du droit américain (création, immatriculation ou résidence aux Etats-Unis) ? (Is the Entity incorporated, organized or resident in the USA) ? Oui (Yes) Non (No)

- Si oui, merci de compléter également le formulaire W-9 de l'administration fiscale américaine et de préciser ci-contre le statut FATCA de la Personne Morale. (If Yes, please also fill a W-9 IRS Form and indicate the FATCA status of the entity).

FATCA – Specified US Person

FATCA – Non-Specified US Person*

* Merci de saisir le code d'exemption dans le formulaire W-9 (*please also fill the exemption in the W-9 Form).

III. STATUTS FATCA ET AEOI (FATCA AND AEOI STATUSES)

Veuillez cocher une des catégories (A), (B), (C) ou (D) ci-dessous correspondant à la Personne Morale, et préciser la sous-catégorie associée pour déterminer sa classification FATCA et AEOI.

(Please indicate the category (A), (B), (C) ou (D) of the entity and select the subclass of the entity to determine your FATCA and AEOI classification).

(A) Entité (Société ou Organisme) Exemptée (Exempted Entity).

Veillez préciser la sous-catégorie associée (Please select the associated category) :

- Société cotée en bourse* (Corporation that is publicly traded*)
- Banque Centrale* (Central Bank*)
- Entité publique* (Governmental entity*)
- Organisation internationale* (International Organization*)
- Fonds de Pension Exempté* (avec accords intergouvernementaux) (Exempted Pension Funds)
- Autre entité (Other Entity) : _____

* ou les sociétés filiales (*or their wholly owned Entities)

(B) Entité (Société ou Organisme) Non Financière Active (ENF Active) (Activité non financière dont activité industrielle, activité commerciale, activité de service) (Active Non-Financial Entity (Active NFE))

Veillez préciser la sous-catégorie associée (Please select the associated category) :

- ENF Active en raison de ses revenus et de ses actifs (Active NFE by reason of income)
- Organisation à but non lucratif (Non-profit Organisation)
- Autre ENF Active (Other Active NFE) : _____

(C) Entité (Société ou Organisme) Non Financière Passive (ENF Passive) (comprend notamment une Activité patrimoniale ou de placement, détenant des actifs pour générer des revenus (loyers, rentes, redevances)) ainsi que toute ENF qui n'est pas active (Passive Non-Financial Entity (Passive NFE)).

Cas particulier d'une société passive se déclarant directement auprès de l'administration fiscale américaine : veuillez indiquer son GIIN (If the Entity is a FATCA Direct reporting Passive NFFE, please provide its GIIN*).

GIIN : _____

(D) Institution Financière (Etablissement bancaire, dépositaire, entité ayant une activité d'investissement, certains organismes d'assurance) (Financial Institution).

Si vous êtes une Institution Financière non US enregistrée, veuillez indiquer votre GIIN et préciser la catégorie (If you are a Registered Non US FI, please provide your GIIN and select your category).

GIIN : _____

- Reporting Model 1 (IGA 1) (Reporting Model 1 FFI (IGA 1 environment))
- Reporting Model 2 (IGA 2) (Reporting Model 2 FFI (IGA 2 environment))
- Participante (Final Regulations) (Participating FFI – Final Regulations environment)

Si vous êtes une Institution Financière non US et non enregistrée, veuillez préciser la catégorie (If you are a Non Registered Non US FI, please select your category)

- non déclarante d'un pays IGA (Non-Reporting IGA FFI)
- non participante (Non-Participating IGA FFI)
- autre (exemple : certifiée réputée conforme ...)* (Other FFI (certified deemed-compliant FFI...)*)

* Veuillez également remplir un formulaire W-8BEN-E (please also fill a W-8BEN-E Form)

Si vous êtes une Institution Financière US, veuillez cocher la case ci-dessous (If you are a US Financial Institution, please tick the following box)

- Institution Financière US (US Financial Institution (US FI))

La Personne Morale est-elle une société d'investissement dont les revenus bruts proviennent majoritairement d'une activité d'investissement, de réinvestissement ou de négociation d'Actifs financiers ET est-elle gérée par une Institution Financière ?

(Is the Entity an Investment entity whose gross income is primarily attributable to investing, reinvesting, or trading in Financial Assets AND which is managed by an FI?) Oui (Yes) Non (No)

Si vous avez répondu positivement à la question précédente et qu'au moins un pays de résidence fiscale déclaré en section II ne fait pas partie des pays de juridiction de l'AEOI, la Personne Morale sera considérée comme une ENF Passive dans le cadre de l'AEOI et le Formulaire de Déclaration des Bénéficiaires Effectifs doit être rempli

(If yes and at least one of the countries of Tax Residence declared in section II is not an AEOI Jurisdiction, then the Entity is considered as a Passive NFE under the AEOI and the Ultimate Beneficial Owner declaration form must be completed).

IV. INFORMATIONS SUR LES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS (INFORMATION ON CONTROLLING PERSONS)

Les informations relatives aux bénéficiaires effectifs sont à indiquer dans le tableau du Formulaire de Déclaration des Bénéficiaires Effectifs. (Indicate the controlling persons of the entity in the Ultimate Beneficial's Owner declaration form).

Si la société correspond à une Entité Non Financière Passive (Statut C de la Section III), il est impératif de compléter le Formulaire de Déclaration des Bénéficiaires Effectifs et, dans le cadre de FATCA, de cocher une des deux cases suivantes :

(If the Entity is a Passive NFE (Status C of Section III), please fill in the UBO declaration form and tick one of the 2 boxes below) :

Je certifie que l'entité n'est pas contrôlée directement ou indirectement par aucune personne américaine. (I certify that the Entity has no US Controlling Person).

Je certifie que l'entité a fourni les noms, adresses, et NIFs américains de chacune des personnes américaines détenant le contrôle dans le tableau présenté dans le Formulaire de Déclaration des Bénéficiaires Effectifs. (I certify that the name, address, and TIN of each US Controlling Person of the Entity have been listed in the table presented in Ultimate Beneficial Owner declaration form).

En complément du Formulaire de Déclaration des Bénéficiaires Effectifs : (In addition to the Ultimate Beneficial Owner declaration form) :

Si un bénéficiaire effectif est citoyen américain ou résident américain, merci de lui faire compléter également le formulaire W-9 de l'administration fiscale américaine.

Si un bénéficiaire effectif n'est ni citoyen américain, ni résident américain, mais qu'il ou elle est né(e) aux Etats-Unis, veuillez fournir son certificat de perte de nationalité américaine ou, en cas de non obtention de la nationalité américaine, tout autre justificatif.

(If a Controlling Person is a US Person (US Citizen or US Resident, column 8 or 9), please provide this Controlling Person's filled W-9 IRS Form. If a Controlling Person is not a US Person (US Resident or US Resident, column 8 or 9), but that this Controlling Person was born in the USA (column 6), please provide their Nationality Loss Certificate, if they lost the American Citizenship or any supporting document if they did not obtain the American citizenship).

V. DONNEES PERSONNELLES ET CONFIDENTIALITE (PRIVACY NOTICE AND CONFIDENTIALITY)

En vue de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires, l'Assureur, est tenu de collecter, traiter et communiquer les données contenues dans le présent document et les informations relatives à vos comptes financiers, contrats d'assurance-vie, de capitalisation et de rente et valeurs de ces comptes et contrats aux autorités fiscales nationales. Conformément au droit local et aux conventions internationales d'échange d'informations à des fins fiscales, ces informations pourront par ailleurs être transmises aux autorités des pays dans le(s)quel(s) votre entité et ses bénéficiaires effectifs sont résidents à des fins fiscales.

Les informations requises, à l'exception des NIFs émis par des pays qui ne sont pas des pays reportables à ce jour dans le cadre des conventions internationales, sont obligatoires et à défaut d'obtenir un formulaire complet, l'Assureur est susceptible de ne pas être en mesure de traiter votre demande. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les représentants de votre entité, désigné en qualité de bénéficiaires effectifs dans le formulaire FD BE, disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pouvant être exercé par courrier adressé à AEP – Assurance Epargne Pension, 76 rue de la Victoire, 75009 Paris et précisant l'objet de votre demande.

(In order to comply with its obligations under national laws and regulations and international tax information exchange agreements the insurer, as a data controller, may be required to collect, process and disclose information contained in this form and information regarding the entity's account(s), life insurance contract(s), accumulation contract(s) and annuity

contract(s) to the national tax or other competent authorities which may provide such information to the country or countries in which the entity and/or Controlling Persons is resident for tax purposes.

The requested information, except TINs of Controlling Persons issued by countries which are not reportable as of the date hereof, is compulsory and failure to complete this form could mean that the insurer may not be able to process your application. In accordance with the modified law n°78-17 of January, 6th 1978 relative on the computer, files and liberty, Controlling Persons have a right of access, rectification and objection that may be exercised by writing to/contacting AEP – Assurance Epargne Pension, 76 rue de la Victoire, 75009 Paris).

VI. SECTION CERTIFICATION (CERTIFICATION SECTION)

Vous déclarez avoir examiné les informations fournies dans ce document relatives à vos comptes et avoirs et celles figurant dans le formulaire FD BE et qu'elles sont, à votre connaissance, correctes, exactes et exhaustives.

Vous vous engagez à soumettre à l'Assureur un nouveau certificat complété du formulaire FD BE le cas échéant, sous 30 jours, si une quelconque déclaration figurant sur ces documents devenait incorrecte.

Vous donnez votre accord et attestez avoir obtenu le consentement de chaque bénéficiaire effectif pour la collecte, le traitement et la communication aux autorités publiques compétentes des données personnelles les concernant telles qu'elles apparaissent dans le formulaire FD BE, y compris le NIF émis par des pays non partenaires, incorporé aux présentes par référence et vous vous engagez à informer chaque bénéficiaire effectif des conditions d'exercice de ses droits comme indiqué à la section V.

([I or we] declare that [I or we] have examined the information on this form and that to the best of [my/our] knowledge and belief, it is true, correct and complete.

[I or we] undertake to notify the insurer promptly of any change in circumstances which causes the information contained herein to become incorrect and to provide the insurer with a new self-certification within 30 days of such change in circumstances.

[I or we] acknowledge and agree to the collection, processing and disclosure of information contained in this form, including TINs of Controlling Persons issued by countries which are not considered as reportable as of the date hereof, and information regarding the entity's account(s) for the purposes indicated in Section V above.

[I or we] certify that the entity has obtained consent of each Controlling Person to the collection, processing and disclosure of his/her personal information indicated in FD BE form and undertake to inform each Controlling Person about his/her data protection rights as set out in Section V above.)

Date (JJ.MM.AAAA) / (DD.MM.YYYY) :

Ville (City) :

Représentant Autorisé 1 (Authorized representative 1)

Nom et prénom en lettres capitales (First name and name in block capitals) :

Fonction au sein de l'entité (Position with respect to entity):

Signature :

Représentant Autorisé 2 (Authorized representative 2)

Nom et prénom en lettres capitales (First name and name in block capitals) :

Fonction au sein de l'entité (Position with respect to entity):

Signature :

INSTRUCTIONS

Objectif du formulaire

L'objectif du formulaire est de répondre aux exigences des réglementations fiscales américaines (FATCA), de l'OCDE (AEOI) et de l'Union Européenne (UE)

- Dans le cadre de la réglementation FATCA, il est nécessaire de déterminer si la Personne Morale relève du droit américain.
- Dans le cadre des réglementations AEOI et UE, il est nécessaire d'identifier la liste des pays dans lequel la Personne Morale est considérée comme résidente à des fins fiscales.

Complétude du formulaire

BNP Paribas ne peut ni ne doit prodiguer à ses clients aucun conseil relatif à la déclaration de leur statut FATCA ou AEOI.

Pour toute demande d'information complémentaire relative à la complétude des éléments FATCA ou AEOI, il revient au client de solliciter les services d'un conseiller fiscal.

I – Identification

Veillez indiquer la dénomination et la forme sociale de la Personne Morale pour laquelle cette auto-certification est requise.

Exemple :

Pour la société anonyme "ABCD", veuillez indiquer :

Dénomination et forme sociale

(Legal Name of entity) ABCD S.A.

Veillez renseigner le pays d'immatriculation et l'adresse de résidence. Il s'agit de l'adresse où la Personne Morale est considérée comme résidente à des fins fiscales.

Si la Personne Morale n'est résidente fiscale d'aucun pays, veuillez indiquer l'adresse du bureau principal de la Personne Morale.

II – Résidence fiscale

Définition : la notion de résidence fiscale est définie par chaque pays. Veuillez-vous référer à la définition émise par les services fiscaux des pays susceptibles de vous concerner.

En France, une personne physique ou morale est résidente fiscale française si, en vertu de la législation française, elle y est soumise à l'impôt en raison de son domicile, de sa résidence, de son siège social ou de tout autre critère de nature analogue.

PAYS DE RESIDENCE FISCALE AUTRE QUE US (COUNTRY/COUNTRIES OF TAX RESIDENCE OTHER THAN US)	NUMERO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)* (TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBERS (TIN)*)

Veillez indiquer dans cette colonne la liste des pays de résidence fiscale de la Personne Morale, à l'exception des Etats-Unis qui disposent d'une section dédiée.

Veillez indiquer dans cette colonne le NIF selon le(s) pays de résidence fiscale.

- La définition du NIF variant pour chacun des pays, veuillez-vous renseigner auprès de l'administration fiscale du pays concerné.
- Dans le cas où un pays n'a pas émis de NIF à ses contribuables, veuillez entrer "N/A" pour "non applicable".

Si la Personne Morale est enregistrée, établie ou résidente aux États-Unis, elle est considérée comme une personne américaine (US Person) au sens de la réglementation FATCA et doit fournir un certificat W-9 des autorités fiscales américaines (IRS).

Il vous est également demandé de préciser si la Personne Morale est une personne américaine particulière (Specified US Person) ou une personne américaine non particulière (Non Specified US Person) au sens de la réglementation fiscale américaine. La Personne Morale est une personne américaine particulière (Specified US Person) sauf dans les cas suivants :

- Si les titres de la société font l'objet de transactions régulières sur un ou plusieurs marchés boursiers réglementés ou si elle est une filiale d'une société dont les titres font l'objet de transactions régulières sur un ou plusieurs marchés réglementés.
- Toute Personne Morale de droit public rattachée aux Etats-Unis.
- Tout état des Etats-Unis, tout territoire américain, toute subdivision politique de ceux-ci.
- Toute organisation exonérée d'impôts ou plan de retraite personnel.
- Toute banque.
- Tout fonds de placement immobilier.
- Toute société d'investissement réglementée ou toute entité enregistrée auprès de la "Securities and Exchange Commission".
- Tout fonds collectif de placement.
- Tout trust exonéré d'impôt.
- Tout courtier en valeurs mobilières, marchandises ou instruments financiers dérivés.
- Tout courtier au sens donné au terme "broker" de l'IRS.

Si la Personne Morale est une personne américaine non particulière (Non Specified US Person), un code d'exemption doit être renseigné dans le W-9.

III – Statuts FATCA et AEOI

La Personne Morale doit nécessairement correspondre à une et seulement une des quatre catégories (A), (B), (C), ou (D) définies ci-dessous :

(A) Entité (Société ou Organisme) Exemptée

Se décline selon les sous-catégories ci-dessous :

- Société cotée en bourse : toute Personne Morale (ou filiale de) dont les titres de la société font l'objet de transactions régulières sur un marché officiel.
- Banque Centrale, entité publique, organisation internationale, Fonds de Pension Exempté (avec accords intergouvernementaux) : la Personne Morale est un gouvernement, une organisation internationale, une banque centrale ou une société entièrement détenue par une ou plusieurs de ces entités, et fonds de pension y afférant.
- Autre entité : en cas d'autre type de Personne Morale exemptée, veuillez préciser la nature de cette Personne Morale.

(B) Entité (Société ou Organisme) Non Financière Active (ENF Active)

Se décline en 3 sous-catégories :

- ENF Active en raison de ses revenus ou de ses actifs :

Toute Personne Morale remplissant les deux conditions suivantes :

- o au moins 50 % des revenus bruts au titre de l'exercice comptable de référence sont des revenus actifs ;
- o et moins de 50 % des actifs détenus par la Personne Morale au cours de l'exercice comptable de référence sont des actifs détenus pour produire des revenus passifs.

- Organisation à but non lucratif :

Toute Personne Morale remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- o elle a été constituée exclusivement à des fins religieuses, caritatives, scientifiques, artistiques, culturelles ou éducatives ;
- o elle est exonérée de l'impôt sur le revenu dans son pays de résidence fiscale ;
- o elle n'a pas de bénéficiaires sur ses revenus ou ses avoirs ;
- o les documents statutaires de la Personne Morale excluent la distribution de revenus ou d'avoir de l'entreprise à des particuliers ou à des entreprises non caritatives, ainsi qu'une utilisation en leur faveur, à moins que cette utilisation ne soit en relation avec les activités caritatives de la Personne Morale ou qu'il ne s'agisse de rémunérer adéquatement, au prix du marché, l'acquisition de biens ou de services par l'entreprise ;
- o le droit applicable ou les documents statutaires de la Personne Morale exigent qu'en cas de liquidation ou de dissolution de cette dernière, la totalité de ses avoirs soient distribués à un service gouvernemental ou à une autre organisation à but non lucratif, ou échoient au gouvernement de l'Etat où la Personne Morale a son domicile ou à l'une de ses divisions politiques.

- Autres ENF Active :

Cette sous-catégorie peut inclure les Holding non-financières membres d'un groupe non financier, les start-up non financières, les entités non financières en procédure de liquidation ou en cours de restructuration, Centres de trésorerie membres d'un groupe non financier :

- o Holding non financières : toute Personne Morale membre d'un groupe non financier dont les activités consistent pour l'essentiel à détenir (en tout ou partie) les actions émises par une ou plusieurs filiales de ce groupe dont les activités ne sont pas celles d'une Institution Financière ou à proposer des financements ou services à ces filiales. Une Personne Morale ne peut pas prétendre à ce statut si elle opère (ou se présente) comme un fonds de placement, tel qu'un fonds de capital-investissement, un fonds de capital-risque, un fonds de rachat d'entreprise par endettement ou tout autre organisme de placement dont l'objet est d'acquérir ou de financer des sociétés puis d'y détenir des participations à des fins de placement
- o Entités non financières en liquidation ou sortant de procédure de faillite : toute Personne Morale n'ayant pas opéré comme établissement financier au cours des cinq dernières années et n'étant pas en cours de vente de ses actifs ou de se restructurer pour poursuivre ou reprendre une activité autre que celle d'un établissement financier
- o Start-up non financière : l'ENF n'exerce pas encore d'activité et n'en a jamais exercé précédemment, mais investit des capitaux dans l'intention d'exercer une activité autre que celle d'un établissement financier ; l'ENF ne remplit toutefois plus ce critère au terme d'un délai de 24 mois à compter de sa constitution

(C) Entité (Société ou Organisme) Non Financière Passive

Une Personne Morale est Non Financière Passive, dès lors qu'elle n'est

- ni une (A) Entité (Société ou Organisme) Exemptée,
- ni une (B) Entité Non financière Active,
- ni une (D) Institution Financière.

(D) Institution Financière

L'expression "institution financière" désigne soit

- un Etablissement de dépôt :

Toute Personne Morale qui accepte des dépôts dans le cadre habituel d'une activité bancaire ou liée.

- un Etablissement gérant des dépôts de titres :

Toute Personne Morale dont l'activité consiste à détenir des actifs financiers pour le compte de tiers dans la mesure où le revenu brut attribuable à la détention d'actifs financiers et aux services financiers connexes est supérieur ou égal à 20% du revenu brut de la Personne Morale durant la plus courte des deux périodes suivantes :

- o la période de trois ans qui prend fin le 31 décembre (ou le dernier jour d'un exercice comptable décalé) précédant l'année au cours de laquelle le calcul est effectué, ou
- o la période écoulée depuis la création de la Personne Morale

- une Entité d'investissement :

Toute Personne Morale qui exerce comme activité (ou est administrée par une entité qui exerce comme activité) une ou plusieurs des prestations ou opérations suivantes au nom ou pour le compte d'un client :

- o Transactions sur les instruments du marché monétaire (chèques, billets, certificats de dépôt, instruments dérivés, etc.), le marché des changes, les instruments sur devises, les produits de taux d'intérêt, les indices, les valeurs mobilières ou les marchés à terme de marchandises ;
- o Gestion individuelle ou collective de portefeuille, ou
- o Autres opérations d'investissement, d'administration ou de gestion de fonds ou d'argent pour le compte de tiers.

- Certains Organismes d'assurance particuliers :

On entend par organisme d'assurance particuliers au sens de la réglementation FATCA, tout organisme d'assurance (ou la société holding d'un organisme d'assurance) qui émet un contrat d'assurance à forte valeur de rachat ou un contrat de rente ou est tenu d'effectuer des versements afférents à ce contrat.

Les produits visés des organismes d'assurances particuliers sont les contrats d'assurance-vie ou de rente individuelle ou de capitalisation, ayant une valeur de rachat ou de transfert.

Une Institution Financière non US assujettie à l'enregistrement auprès de l'IRS est

- Soit "Reporting Model 1 (IGA1)", si son pays d'immatriculation (cf. section I-Identification) correspond à un pays ayant signé l'accord IGA1,
- Soit "Reporting Model 2 (IGA2)", si son pays d'immatriculation (cf. section I-Identification) correspond à un pays ayant signé l'accord IGA2,
- Soit "Participante (Final Regulations)", si l'institution financière a signé un accord directement auprès de l'IRS (Internal Revenue Service).

Une Institution Financière non US non enregistrée auprès de l'IRS est

- Soit une Institution Financière non déclarante d'un pays IGA si elle est immatriculée dans un pays IGA, qu'elle est exemptée d'obligation de déclaration et qu'elle n'est pas assujettie à enregistrement auprès de l'IRS (ces sociétés sont citées en Annexe II de l'IGA).

- Soit une Institution Financière non participante dans le cas où elle n'est pas conforme à la réglementation FATCA ; elle sera alors déclarée comme telle auprès de l'IRS ou de l'administration fiscale locale.
- Pour tout autre cas, veuillez également compléter un W-8 BEN-E.

Une Institution Financière US doit nécessairement avoir répondu "Oui" à la question "La Personne Morale relève-t-elle du droit américain (création, immatriculation ou résidence aux Etats-Unis) ?" de la section II - Résidence Fiscale

VI – Section Certification

Les changements de circonstances rendant obsolètes le formulaire peuvent inclure, de manière non exhaustive, les éléments suivants :

- Changement d'adresse de résidence ;
- Evolution de la liste des pays où vous êtes résident(e) fiscal(e) ;
- Changement de Numéro d'Identification Fiscal ;
- Evolution de l'activité.

FORMULAIRE DE DECLARATION DES BENEFICIAIRES EFFECTIFS

Dénomination et forme sociale :

(ci-après dénommée "la Société")

Je soussigné(e), agissant en ma capacité de Représentant(e) Légal(e) de la Société :

Prénom	NOM	Fonction (Directeur, CEO, manager, etc.)

Veuillez cocher la case appropriée A) ou B) ci-dessous en accord avec le Guide d'Utilisateur joint :

A) Certifie que la Société (ou ses actionnaires possédant directement ou indirectement 100% du capital ou droit de vote (*)) est une Société cotée ou une Société régulée ou une autorité publique avec les détails suivants :

	Veuillez donner les détails ci-dessous si la Société est cotée ou régulée	(*)Veuillez donner les détails ci-dessous des bénéficiaires cotés ou régulés	
		Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2
Nom de l'entreprise			
Adresse de l'entreprise			
Catégorie (cotée / régulée (1) / autorité publique)			
Nom du marché boursier (si coté) et/ou nom du Régulateur (si régulé)			
Pays de cotation / Régulateur			
% des parts du capital détenu, si applicable (2)			

(1) une Société régulée suit une législation spécifique et est sous la surveillance d'un Régulateur officiel.

(2) dans ce cas, veuillez fournir un document établissant le lien entre la Société et les actionnaires (registre public, rapport annuel audité, organigramme daté signé par un représentant légal).

Les Bénéficiaires Effectifs sont :

1 – La ou les personnes physiques qui, en dernier ressort, possède(nt) ou contrôle(nt) une personne morale du fait qu'elle(s) possède(nt) ou contrôle(nt) directement ou indirectement, pour la France, 25% ou plus des actions ou des droits de vote d'une personne morale, et pour Monaco, 10% ou plus des actions ou des droits de vote d'une personne morale ; et

1b – Les personnes physiques qui contrôlent la Société, soit à travers un pacte d'actionariat connu, soit à travers une minorité de blocage ; et

2 – Les personnes physiques pour le compte desquelles une transaction ou une activité est effectuée, et

3 – Si aucune personne physique n'entre ni dans les catégories 1, 1b, 2, ni dans une catégorie d'organisme fiduciaire de type *Trust* ou équivalent (catégories 4 à 11, veuillez-vous référer au Guide Utilisateur ci-dessous pour le code adéquat), tous les Représentants Légaux (RL) de la Société sont considérés comme Bénéficiaires Effectifs et doivent être listés ci-dessous.

B) Certifie que les Bénéficiaires Effectifs sont :

		Bénéficiaire Effectif 1	Bénéficiaire Effectif 2
1	Rôle dans la Société, si applicable Veuillez-vous référer à la définition de Bénéficiaire Effectif ci-dessus : 1, 1b, 2, 3, Représentants Légaux		
2	H / F		
3	Prénom		
4	NOM		
5	Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
6	Lieu de naissance (ville & pays)		
7	Adresse actuelle		
8	Nationalité(s) Veuillez indiquer toutes vos nationalités, une par ligne		
9	Pays de résidence fiscale		

	Veillez indiquer tous les pays de domiciliation fiscale (cf. guide utilisateur)		
9b	Pour chaque pays de fiscalité, veuillez indiquer le NIF (Numéro d'Identification Fiscale)		
10	Si applicable, % du total du propriétaire direct ou indirect (Plus grand nombre de parts ou droits de vote)		
10b	Uniquement pour la France : Préciser s'il s'agit du % de droit de vote ou du % de détention, ou les deux	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>
11	Personne Politiquement Exposée (PPE)/membre famille proche/ personnes connues pour être collaborateurs proches (Oui/Non)	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

		Bénéficiaire Effectif 3	Bénéficiaire Effectif 4
1	Rôle dans la Société, si applicable Veillez-vous référer à la définition de Bénéficiaire Effectif ci-dessus : 1, 1b, 2, 3, Représentants Légaux		
2	H / F		
3	Prénom		
4	NOM		
5	Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
6	Lieu de naissance (ville & pays)		
7	Adresse actuelle		
8	Nationalité(s) Veillez indiquer toutes vos nationalités, une par ligne		
9	Pays de résidence fiscale Veillez indiquer tous les pays de domiciliation fiscale (cf. guide utilisateur)		
9b	Pour chaque pays de fiscalité, veuillez indiquer le NIF (Numéro d'Identification Fiscale)		
10	Si applicable, % du total du propriétaire direct ou indirect (Plus grand nombre de parts ou droits de vote)		
10b	Uniquement pour la France : Préciser s'il s'agit du % de droit de vote ou du % de détention, ou les deux	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>
11	Personne Politiquement Exposée (PPE)/membre famille proche/ personnes connues pour être collaborateurs proches (Oui/Non)	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

		Bénéficiaire Effectif 5	Bénéficiaire Effectif 6
1	Rôle dans la Société, si applicable Veillez-vous référer à la définition de Bénéficiaire Effectif ci-dessus : 1, 1b, 2, 3,		

	Représentants Légaux		
2	H / F		
3	Prénom		
4	NOM		
5	Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
6	Lieu de naissance (ville & pays)		
7	Adresse actuelle		
8	Nationalité(s) Veuillez indiquer toutes vos nationalités, une par ligne		
9	Pays de résidence fiscale Veuillez indiquer tous les pays de domiciliation fiscale (cf. guide utilisateur)		
9b	Pour chaque pays de fiscalité, veuillez indiquer le NIF (Numéro d'Identification Fiscale)		
10	Si applicable, % du total du propriétaire direct ou indirect (Plus grand nombre de parts ou droits de vote)		
10b	Uniquement pour la France : Préciser s'il s'agit du % de droit de vote ou du % de détention, ou les deux	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>
11	Personne Politiquement Exposée (PPE)/membre famille proche/ personnes connues pour être collaborateurs proches (Oui/Non)	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

		Bénéficiaire Effectif 7	Bénéficiaire Effectif 8
1	Rôle dans la Société, si applicable Veuillez-vous référer à la définition de Bénéficiaire Effectif ci-dessus : 1, 1b, 2, 3, Représentants Légaux		
2	H / F		
3	Prénom		
4	NOM		
5	Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
6	Lieu de naissance (ville & pays)		
7	Adresse actuelle		
8	Nationalité(s) Veuillez indiquer toutes vos nationalités, une par ligne		
9	Pays de résidence fiscale Veuillez indiquer tous les pays de domiciliation fiscale (cf. guide utilisateur)		
9b	Pour chaque pays de fiscalité, veuillez indiquer le NIF (Numéro d'Identification Fiscale)		
10	Si applicable, % du total du propriétaire direct ou indirect (Plus grand nombre de parts ou droits de vote)		
10b	Uniquement pour la France : Préciser s'il s'agit	% droit de vote <input type="radio"/>	% droit de vote <input type="radio"/>

	du % de droit de vote ou du % de détention, ou les deux	% droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>	% droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>
11	Personne Politiquement Exposée (PPE)/membre famille proche/ personnes connues pour être collaborateurs proches (Oui/Non)	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

		Bénéficiaire Effectif 9	Bénéficiaire Effectif 10
1	Rôle dans la Société, si applicable Veuillez-vous référer à la définition de Bénéficiaire Effectif ci-dessus : 1, 1b, 2, 3, Représentants Légaux		
2	H / F		
3	Prénom		
4	NOM		
5	Date de naissance (jj.mm.aaaa)		
6	Lieu de naissance (ville & pays)		
7	Adresse actuelle		
8	Nationalité(s) Veuillez indiquer toutes vos nationalités, une par ligne		
9	Pays de résidence fiscale Veuillez indiquer tous les pays de domiciliation fiscale (cf. guide utilisateur)		
9b	Pour chaque pays de fiscalité, veuillez indiquer le NIF (Numéro d'Identification Fiscale)		
10	Si applicable, % du total du propriétaire direct ou indirect (Plus grand nombre de parts ou droits de vote)		
10b	Uniquement pour la France : Préciser s'il s'agit du % de droit de vote ou du % de détention, ou les deux	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>	% droit de vote <input type="radio"/> % droit de détention <input type="radio"/> les deux <input type="radio"/>
11	Personne Politiquement Exposée (PPE)/membre famille proche/ personnes connues pour être collaborateurs proches (Oui/Non)	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	PPE <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Membre famille proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Collaborateur proche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

La Société, représentée par le(la) soussigné(e), s'engage à informer Cardif Assurance Vie, par écrit et sans délai, de tout changement relatif à l'information.

J'autorise l'Assureur à transmettre les informations contenues dans le présent document aux entités du groupe BNP Paribas.

Ces informations ne seront pas utilisées pour une autre fin que celle consistant pour l'Assureur d'exécuter ses obligations telles que définies par l'accord relatif à l'échange automatique d'informations.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pouvant être exercé par courrier adressé à AEP – Assurance Epargne Pension, 76 rue de la Victoire 75009 Paris et précisant l'objet de votre demande.

DATE (JJ.MM.AAAA) : _____ Nom : _____

SIGNATURE du Représentant Légal de la Société précédée de la mention "Lu et approuvé" :