

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 du Souscripteur**

Nom : Prénom :
Adresse :
Nationalité : Date de naissance : / /
Pays de résidence fiscale :

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 PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE DU SOUSCRIPTEUR

Situation de famille : Célibataire PACSé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Situation professionnelle :

Salarié(e) Fonctionnaire
Fonction précise :
Employeur :
Secteur d'activité :
Catégorie socioprofessionnelle (voir liste des CSP page 4) :

Commerçant Indépendant (CSP 22)
Nom de la société :
Secteur d'activité :
Ville :

Retraité(e)
Activité avant la retraite :
 Sans activité
Origine des revenus :

Depuis le (quelle que soit la situation professionnelle) : / /

Préciser la profession du conjoint :

ITUATION PATRIMONIALE

Revenus annuels du foyer fiscal :

Moins de 50 K€ de 50 K€ à 100 K€ de 100 K€ à 150 K€ plus de 150 K€, soit : _____ K€

Estimation, en totalité, du patrimoine du foyer fiscal :

Moins de 300 K€ de 300 K€ à 720 K€ de 720 K€ à 1 500 K€ plus de 1 500 K€, soit : _____ K€

Répartition du patrimoine :

Immobilier : _____ K€ Assurance vie : _____ K€

Valeur mobilières : _____ K€ Autres (Préciser nature et %) : _____

Le client est-il imposé à l'ISF : Oui Non

DEMANDE D'OPÉRATION

Souscription : _____ € Versement libre : _____ €

Renonciation : _____ € Versements programmés : _____ €

Rachat total : _____ € Rachat partiel : _____ €

Avance : _____ €

Le montant de l'opération est-il cohérent avec les caractéristiques financières et le type d'activité de la personne physique (cohérence avec patrimoine/revenus/activité)?

Oui Non, précisez : _____

En cas de versement effectué par un tiers, préciser le lien avec le Souscripteur : _____

OBJECTIFS

Valorisation du capital Utilisation du contrat comme instrument de garantie

Placement (préciser la durée) : _____ Protection du conjoint

Projet immobilier Complément de revenus

Transmission de capital

Autre, précisez : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE

Le client exerce t-il des fonctions publiques (PPE : mandats électif, sociaux,...) ? : Oui Non

Si oui : Titre/Fonction PPE : _____ Depuis quand ? : _____

Le conjoint du Souscripteur exerce t-il des fonctions publiques (PPE : mandats électif, sociaux,...) ? : Oui Non

Si oui : Titre/Fonction PPE : _____ Depuis quand ? : _____

ORIGINE DES FONDS

- Liquidité Revenus/dividendes/bonus Vente immobilière Gain aux jeux
 Donation Héritage
 Réaffectation de l'épargne, précisez la date et l'origine de l'investissement initial : _____
 Cession d'actifs, précisez : _____
 Autre, précisez : _____

**En cas de besoin, des justificatifs pour les fonds déposés pourront être demandés par l'Assureur.
Les justificatifs sont obligatoires pour les PPE.**

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 ...)

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 client

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 PHYSIQUES (INDIVIDUALS SELF-CERTIFICATION)

I. IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR (SUBSCRIBER IDENTIFICATION)

Nom d'usage (last name) :

Nom de naissance (birth name) :

Prénom (first name) :

Adresse de résidence permanente (permanent residence address) :

Numéro, rue (number, street) :

Code postal (postal code) :

Ville (city) :

Pays (country) :

Date de naissance (JJ.MM.AAA) (date of birth (DD.MM.YYYY)) : / /

Ville de naissance (city of birth) :

Pays de naissance (country of birth) :

II. RESIDENCE FISCALE (TAX RESIDENCY)

Si vous êtes UNIQUEMENT imposable dans le pays où le contrat d'assurance-vie, de capitalisation ou de rente a été souscrit, que vous n'êtes ni un(e) citoyen(ne) américain, ni un(e) résident(e) américain(e), ni né(e) aux Etats-Unis, veuillez cocher la case ci-contre et vous rendre directement en section III :

(If you are sole resident in the country where the life insurance contract(s), accumulation contract(s) or annuity contract(s) ha/have been subscribed and are not a US Citizen, or US Resident, or born in the USA, then please tick the box and go directly ton Section III).

Dans tous les autres cas, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous, la liste de TOUS les pays où vous êtes considéré(e) comme résident(e) à des fins fiscales et indiquer votre NIF (Numéro d'Identification Fiscale) pour chacun de ces pays.

(Otherwise, please provide, in the table below, the list of ALL Countries where you are considered as a resident for tax purposes and indicate your 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"/>

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

Etes-vous citoyen ou résident américain (Personne américaine au sens de la réglementation FATCA) ? (Are you a US Person (US Citizen or US Resident) ? Oui (Yes) Non (No)

- Si oui, merci de compléter également le formulaire W-9 de l'administration fiscale américaine. (If Yes, please also fill a W-9 IRS Form).

- Si non, et si vous êtes né(e) aux Etats-Unis, veuillez fournir un certificat de perte de nationalité américaine ou, en cas de non obtention de la nationalité américaine, tout autre justificatif. (If Not, and if you were born in the USA, please provide a Nationality Loss Certificate, if you lost the American Citizenship or any supporting document if you did not obtain the American Citizenship).

III. 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 certaines des données à caractère personnel et informations relatives à vos comptes financiers, contrats d'assurance vie, de capitalisation et de rente individuelle 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) vous êtes imposable.

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, 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.

(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 your personal information and information regarding your 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 you are resident for tax purposes.

The requested personal information, except TINs 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, you 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).

IV. SECTION CERTIFICATION (CERTIFICATION SECTION)

Je déclare que les informations figurant dans le présent formulaire sont à ma connaissance, exactes précises et exhaustives. Je donne également mon accord à la collecte, au traitement et à la communication de mes données personnelles, y compris les NIFs émis par des pays non partenaires à la date des présentes et aux informations relatives à mes comptes financiers, contrats d'assurance-vie, de capitalisation et de rente individuelle et valeurs de ces comptes et contrats pour les objectifs visés à la section III ci-dessus. Je m'engage par ailleurs à informer l'Assureur sans délai de tout changement de circonstances rendant les informations contenues dans le présent formulaire incorrectes et à fournir un formulaire d'auto-certification dûment mis à jour dans les 30 jours suivant le changement de circonstances.

(I declare that the information provided in this form is, to the best of my knowledge and belief, true, accurate and complete. I acknowledge and agree to the collection, processing and disclosure of my personal data, including TINs issued by countries which are not reportable as of the date hereof, and information regarding my account(s), life insurance contract(s), accumulation contract(s), and annuity contract(s) for the purposes indicated in Section III above. I undertake to notify the insurer promptly of any change in circumstances which causes the information contained herein to become incorrect and to provide a new self-declaration within 30 days of such change in circumstances).

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

**Nom et qualité du signataire (si différent du titulaire)
(Name and capacity in which acting (if for is not signed by the client)) :**

Signature :

INSTRUCTIONS

Objectif du formulaire

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

- Dans le cadre de la réglementation FATCA, il est nécessaire de déterminer si vous êtes citoyen ou résident américain.
- Dans le cadre de la réglementation AEOI, il est nécessaire d'identifier la liste des pays dans lequel vous êtes considéré(e) comme résident à des fins fiscales.

Complétude du formulaire

L'Assureur 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 du souscripteur

Veuillez vérifier l'orthographe et l'exactitude des informations saisies (nom d'usage, nom de naissance et prénom) en vous référant aux documents officiels d'identité du bénéficiaire du compte présentés au conseiller (carte d'identité, passeport). Le nom de naissance n'est obligatoire que s'il est différent du nom d'usage.

Pour les champs concernant l'adresse de résidence permanente, si vous avez plusieurs adresses de résidence et que vous êtes considéré(e) comme résident fiscal de plus d'un pays, veuillez indiquer votre adresse de résidence principale (par exemple : le lieu de votre activité, d'emploi).

Enfin, veuillez vérifier l'exactitude de votre date de naissance au format indiqué dans le formulaire et l'orthographe et l'exactitude du lieu de naissance (ville et pays) conformément à vos documents d'identité.

II – Résidence à des fins fiscales

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

En France, la notion de résidence à des fins fiscales française est définie par la loi et la Direction Générale des Finances Publiques de la manière suivante :

Notion de résidence

[...] Sous réserve des Conventions fiscales internationales, vous êtes considéré(e) comme domicilié(e) fiscalement en France si vous répondez à un seul ou plusieurs de ces critères :

- votre foyer (conjoint ou partenaire d'un PACS et enfants) reste en France, même si vous êtes amené(e), en raison de nécessités professionnelles, à séjourner dans un autre pays temporairement ou pendant la plus grande partie de l'année. A défaut de foyer, le domicile fiscal se définit par votre lieu de séjour principal ;

Ou

- vous exercez en France une activité professionnelle salariée ou non, sauf si elle est accessoire ;

Ou

- vous avez en France le centre de vos intérêts économiques. Il s'agit du lieu de vos principaux investissements, du siège de vos affaires, du centre de vos activités professionnelles, ou le lieu d'où vous tirez la majeure partie de vos revenus. [...]

Source : site internet impots.gouv.fr

**PAYS DE RESIDENCE FISCALE AUTRE QUE US
(COUNTRY/COUNTRIES OF TAX RESIDENCE OTHER
THAN US)**

Veuillez indiquer dans cette colonne la liste de l'ensemble de vos pays de résidence fiscale à l'exception des Etats-Unis.

**NUMERO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)*
(TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBERS (TIN)*)**

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

-Dans le cas où un pays n'a pas émis de NIF à ses contribuables, veuillez entrer "N/A" pour "non applicable".

Si vous êtes de nationalité américaine ou résident(e) fiscal(e) des États-Unis (Carte Verte ou test de Présence Substantielle*), vous êtes alors considéré(e) comme une personne américaine (US Person) au sens de la réglementation FATCA et il vous est demandé de fournir un certificat W-9 des autorités fiscales américaines.

En cas de nécessité de justifier votre perte de nationalité américaine, veuillez fournir le certificat de perte de nationalité américaine.

(*) Test de Présence Substantielle positif : être physiquement présent aux États-Unis pendant au moins : 31 jours au cours de l'année en cours, et 183 jours au cours d'une période incluant l'année en cours et les 2 années immédiatement précédentes, en comptabilisant :

- Tous les jours où vous étiez présent l'année en cours, et
- Un tiers des jours où vous étiez présent la première année précédant l'année en cours, et
- Un sixième des jours où vous étiez présent la deuxième année précédant l'année en cours.

(Pour plus d'information, veuillez consulter le lien suivant : www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Substantial-Presence-Test).

Les jours pendant lesquels vous êtes considéré(e) comme exempté sont à exclure du nombre de jours de présence aux États-Unis. Le terme de « personne physique exemptée » ne se réfère pas à une personne exemptée de fiscalité américaine, mais il se réfère à quiconque faisant partie des catégories suivantes :

- Une personne physique présente temporairement aux États-Unis pour une mission gouvernementale étrangère avec un visa de type « A » ou « G », autre que « A-3 » ou « G-5 ».
- Un enseignant ou stagiaire présent temporairement aux États-Unis avec un visa de type « J » ou « Q », qui se conforme strictement aux obligations du visa.
- Un étudiant temporairement présent aux États-Unis avec un visa de type « F », « J », « M » ou « Q », qui se conforme strictement aux obligations du visa.
- Un athlète professionnel temporairement présent aux États-Unis pour participer à un événement sportif caritatif.

IV – Section Certification

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

- Changement d'adresse permanente
- Evolution de la liste des pays où vous êtes résident(e) fiscal(e)
- Changement de Numéro d'Identification Fiscal
- Obtention d'une carte verte (Green card)
- Naturalisation

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles

PCS 2003 - Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles

10	Agriculteurs exploitants	51	Employés de la fonction publique
21	Artisans	54	Employés administratifs d'entreprise
22	Commerçants et assimilés	55	Employés de commerce
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	56	Personnels des services directs aux particuliers
31	Professions libérales et assimilés	61	Ouvriers qualifiés
32	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	66	Ouvriers non qualifiés
36	Cadres d'entreprise	69	Ouvriers agricoles
41	Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	71	Anciens agriculteurs exploitants
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
47	Techniciens	73	Anciens cadres et professions intermédiaires
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	76	Anciens employés et ouvriers
		81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		82	Inactifs divers (autres que retraités)

PCS 2003 - Niveau 3 - Liste des catégories socioprofessionnelles détaillées

11	Agriculteurs sur petite exploitation	53	Policiers et militaires
12	Agriculteurs sur moyenne exploitation	54	Employés administratifs d'entreprise
13	Agriculteurs sur grande exploitation	55	Employés de commerce
21	Artisans	56	Personnels des services directs aux particuliers
22	Commerçants et assimilés	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	64	Chauffeurs
33	Cadres de la fonction publique	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
34	Professeurs, professions scientifiques	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69	Ouvriers agricoles
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71	Anciens agriculteurs exploitants
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	74	Anciennes professions intermédiaires
44	Clergé, religieux	77	Anciens employés
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	78	Anciens ouvriers
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
47	Techniciens	83	Militaires du contingent
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	84	Elèves, étudiants
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)