

VOTRE SOUSCRIPTION EN 3 ETAPES



Etape 1 : Toute souscription doit être réalisée après consultation :

- Des conditions générales
- Des annexes financières



Etape 2 : Renseigner le Bulletin de Souscription en indiquant les frais de souscription qui vous sont accordés.



Attention à l'allocation d'actifs, aux options de gestion et aux garanties de prévoyance.



Etape 3 : Envoyer votre Bulletin de souscription à :

**ACTIFINANCES
26 rue Washington
75008 PARIS**

Accompagné de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso)
- Un chèque de votre versement à l'ordre de GENERALI VIE
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile

Le cas échéant :

- L'autorisation de prélèvement

Une question, un renseignement ? Pour toutes informations ...

ACTIFINANCES est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h30 à 19h00 sur rendez-vous ou par téléphone au : 01.42.88.17.87

Nous accuserons réception de votre dossier par mail.

Comment remplir votre bulletin ?

A. Identité du Souscripteur

Le Souscripteur est la personne physique qui souscrit le contrat de capitalisation. C'est aussi le payeur de prime.

Vous devez répondre aux questions relatives aux personnes politiquement exposées et vous référer au document « Pièces nécessaires à la souscription » pour connaître leur définition.

B. Questionnaire FATCA / CRS - OCDE

Répondez obligatoirement aux quatre questions FATCA / CRS - OCDE, à défaut le Bulletin de souscription vous sera retourné.

C. Durée et fiscalité du contrat

Indiquez dans le **pavé C**, la durée et la fiscalité souhaitées de votre contrat.

- **Durée déterminée** : la prestation consiste à verser un capital au Souscripteur en vie au jour du terme du contrat. La durée minimum conseillée de 8 ans est préconisée pour minimiser au mieux la fiscalité des revenus réalisés. La durée que vous allez indiquer détermine le terme de votre contrat. Au-delà de ce terme, le contrat se prolongera normalement et sans limitation de durée. Bien entendu, vous pouvez y mettre fin totalement par rachat.
- **Fiscalité** : cochez la case fiscalité PEA si vous optez pour cette option fiscale. Dans le cadre de cette fiscalité, les fonds en euros et le fonds croissance G Croissance 2014 ne sont pas disponibles.

D. Montant de la souscription

Indiquez dans le **pavé D1**, le montant de votre versement en chiffres puis en toutes lettres (minimum de 5 000 € ou de 1 000 € si le choix de mise en place de versements libres programmés est effectué dans le cadre de la gestion libre). Dans le cadre de la gestion libre, indiquez dans le **pavé E1**, la répartition de votre versement sur les supports que vous avez sélectionnés. Précisez dans le **pavé D2**, la provenance de votre versement. Dans certains cas, il conviendra de compléter l'annexe « Instrument de paiement » jointe à la Note d'information valant Conditions générales. Si vous souhaitez mettre en place des versements libres programmés, indiquez dans le **pavé D3** leur montant et leur périodicité. Vous pouvez opter pour l'augmentation automatique annuelle du montant de vos versements libres programmés : cocher la case correspondante. Dans le cadre de la gestion libre, indiquez dans le **pavé E2**, la répartition de votre versement libre programmé sur les supports que vous aurez sélectionnés.

E. Option de gestion

Cochez la case correspondant à l'option de gestion sélectionnée dans le **pavé E**. Dans le cadre de la gestion libre, précisez la répartition de votre versement initial **pavé E1** ou de vos versements libres programmés **pavé E2** selon les supports que vous avez sélectionnés et qui sont listés dans l'annexe financière de la Note d'information valant Conditions générales.

Dans le cadre de la gestion pilotée, désignez l'orientation de gestion **pavé E3** qui convient à votre objectif et à votre profil de risque. Dans ce cas, l'investissement doit au moins être égal à 5 000 euros sur l'orientation de gestion

sélectionnée. Si vous choisissez de mettre en place des versements libres programmés **pavé E4**, ceux-ci seront investis exclusivement sur les supports de l'orientation de gestion sélectionnée. Si vous investissez sur le fonds croissance G Croissance 2014, quelle que soit l'option de gestion choisie, vous devez préciser, par Engagement, une durée (minimum 8 ans et maximum 30 ans) et un niveau de garantie des sommes versées nettes de frais (minimum 80 %, maximum 100 %, par pas de 1 %). Vous pouvez choisir jusqu'à trois (3) Engagements. Dans le cas où vous souhaiteriez mettre en place des versements libres programmés sur ce fonds, vous devez procéder à un versement libre au préalable.

F. Options

Vous pouvez également souscrire à d'autres options telles que les transferts programmés, la sécurisation des plus-values, la dynamisation des plus-values, la limitation des moins-values, la limitation des moins-values relatives ou les rachats partiels programmés.

G. Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Remplissez obligatoirement l'annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts », à joindre au Bulletin de souscription. À défaut le Bulletin de souscription ne pourra être accepté et vous sera renvoyé ainsi que votre versement.

H. Accès à la consultation en ligne

Vous avez accès à la consultation de votre contrat en ligne.

I. Données financières et patrimoniales

Indiquez dans le **pavé I**, les revenus annuels de votre foyer ainsi que l'estimation de votre patrimoine. Ce **pavé I doit être obligatoirement complété**, ces informations étant recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

J. Objectif du versement

Indiquez dans le **pavé J**, l'objectif principal de votre placement. Cochez un ou plusieurs objectifs. Ces informations sont recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

K. Origine des fonds affectés à l'opération

Cochez et renseignez dans le **pavé K**, toutes les origines des fonds affectés à l'opération. Ces informations sont obligatoires quel que soit le montant versé et sont recueillies en application des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier.

L. Commentaires

Indiquez toute information complémentaire.

M. Signatures

Datez et apposez votre signature dans le **pavé M**.

Himalia Capitalisation

Contrat de capitalisation

Projet de contrat 2/2 - Bulletin de souscription



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Code produit : 8305

A. Souscripteur

Tous les champs sont obligatoires. À défaut, votre Bulletin de souscription ne pourra être accepté et vous sera retourné.
Vous devez joindre la (ou les) copie(s) recto-verso d'une pièce officielle d'identité, en cours de validité, avec photographie et mentions lisibles.

Nouveau client
 Client existant N° de contrat _____

Ancienneté de la relation avec Generali Vie Moins d'un an
 Plus d'un an

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Adresse _____

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

Résidence fiscale _____

Situation familiale Célibataire (dont veuf(ve) ou divorcé(e))

Marié(e) dont séparé(e) Union libre/pacsé(e)

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

Lieu de naissance _____ Département [][][]

Pays _____

Nationalité France Union Européenne (UE)

Pays hors UE. Préciser _____

Profession ⁽¹⁾ _____ Code CSP ⁽²⁾ [][][]

Si TNS : Code NAF ⁽²⁾ [][][] N° de SIREN [][][][][][][][][][][][][]

Téléphone [][][][][][][][][][][][][]

e-mail _____

Document présenté CNI Passeport Permis de conduire
 Carte de séjour ou de résident

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

OUI NON

Si oui : Quelle fonction ? _____

Dans quel pays ? _____

Une personne de votre famille ou de votre entourage exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

OUI NON

Si oui : Quelle fonction ? _____

Dans quel pays ? _____

Quel est le lien avec le Souscripteur ou le Co-Souscripteur ?

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.

Souscription démembrée. La signature d'une convention de démembrement est obligatoire.

Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____

⁽¹⁾ Si vous êtes retraité(s) ou sans emploi, merci d'indiquer la dernière profession exercée.

⁽²⁾ Merci de vous reporter au document « Pièces nécessaires à la souscription (Personne physique) ».

⁽³⁾ Merci de vous reporter au document « Pièces nécessaires à la souscription (Personne physique) » dans lequel figure la Définition des personnes politiquement exposées (PPE).

A. Co-Souscripteur

Nouveau client
 Client existant N° de contrat _____

Ancienneté de la relation avec Generali Vie Moins d'un an
 Plus d'un an

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Adresse _____

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

Résidence fiscale _____

Situation familiale Célibataire (dont veuf(ve) ou divorcé(e))

Marié(e) dont séparé(e) Union libre/pacsé(e)

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

Lieu de naissance _____ Département [][][]

Pays _____

Nationalité France Union Européenne (UE)

Pays hors UE. Préciser _____

Profession ⁽¹⁾ _____ Code CSP ⁽²⁾ [][][]

Si TNS : Code NAF ⁽²⁾ [][][] N° de SIREN [][][][][][][][][][][][][]

Téléphone [][][][][][][][][][][][][]

e-mail _____

Document présenté CNI Passeport Permis de conduire
 Carte de séjour ou de résident

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

OUI NON

Si oui : Quelle fonction ? _____

Dans quel pays ? _____

Une personne de votre famille ou de votre entourage exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ? ⁽³⁾

OUI NON

Si oui : Quelle fonction ? _____

Dans quel pays ? _____

Quel est le lien avec le Souscripteur ou le Co-Souscripteur ?

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.



* 0 0 7 8 4 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Paraphe(s)

1/9

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages
dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

Inspecteur

Code n° _____ Intermédiaire d'assurance

Identité de la personne morale Souscripteur

Dénomination sociale _____

Représenté par

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Fonction _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu de naissance _____ Département

--	--	--	--

Pays _____

Adresse du Siège social _____

Code postal

--	--	--	--	--	--

 Ville _____

Document présentés

Identification de la personne morale

- Statuts à jour, datés et signés et, le cas échéant, décision collective unanime des associés accompagnée de tout document officiel listant les associés (ex : copie du registre des associés ou attestation du représentant légal de la société)
- Original ou copie du K BIS de moins de 3 mois (pour les sociétés) ou Extrait du Journal Officiel ou justificatif d'immatriculation à l'INSEE (pour les associations ou organismes de droit privé à but non lucratif)
- Liasse fiscale complète (année N-1) et, le cas échéant, attestation sur les 10 % et les associés/actionnaires (société à l'IS)

PLUS

- Paiement de la prime par débit **du compte bancaire du Souscripteur** ouvert auprès d'un établissement de crédit situé sur le territoire français (CHÈQUE BANCAIRE OU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT + RIB OU AVIS D'EXÉCUTION DU VIREMENT)

OU

- Paiement de la prime par débit **du compte bancaire d'un tiers** (voir les justificatifs à joindre dans le document « Pièces nécessaires à la souscription (Personne morale) »)

Identification de la personne physique représentant la personne morale

- CNI Passeport Permis de conduire Carte de séjour ou de résident Si Mandataire, copie de la délégation de pouvoir

Bénéficiaires effectifs

La personne morale est-elle contrôlée par une ou plusieurs personnes physiques détenant chacune plus de 25 % des parts, du capital ou des droits de vote ?

- Oui Non

Documents présentés par les bénéficiaires effectifs

1. Nom _____ Prénom _____

- CNI Passeport Permis de conduire Autre Préciser le % de détention des biens de la personne morale : _____ %

2. Nom _____ Prénom _____

- CNI Passeport Permis de conduire Autre Préciser le % de détention des biens de la personne morale : _____ %

3. Nom _____ Prénom _____

- CNI Passeport Permis de conduire Autre Préciser le % de détention des biens de la personne morale : _____ %

4. Nom _____ Prénom _____

- CNI Passeport Permis de conduire Autre Préciser le % de détention des biens de la personne morale : _____ %

Nom du Souscripteur _____

Nom du Co-Souscripteur _____

Prénom du Souscripteur _____

Prénom du Co-Souscripteur _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____

Paraphe(s)



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

B. Questionnaire FATCA/CRS-OCDE

(pour les Souscripteurs personnes physiques uniquement, les Souscripteurs personnes morales devant remplir le questionnaire FATCA/CRS-OCDE
Personne morale spécifique)

- Du fait :
- de la réglementation concernant l'échange automatique et obligatoire d'informations dans le domaine fiscal entre les pays de l'Union Européenne,
 - de la réglementation concernant l'échange automatique et obligatoire d'informations dans le domaine fiscal résultant des accords bilatéraux ou multilatéraux signés par la République française,
 - des règles édictées par le gouvernement américain en matière de lutte contre l'évasion fiscale (loi FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act - loi fiscale sur la déclaration des avoirs américains investis à l'étranger) et de l'accord subséquent conclu le 14 novembre 2013 entre les gouvernements français et américain,

Generali Vie est dans l'obligation de collecter les informations suivantes afin de déterminer de quel(s) pays vous êtes contribuable. Pour cette raison, nous vous demandons de répondre aux questions ci-dessous :

Souscripteur

1. Je suis citoyen des États-Unis d'Amérique Oui Non
2. Je suis résident fiscal* des États-Unis d'Amérique Oui Non

Si vous avez coché « Oui » à l'une des questions ci-dessus, vous ne pouvez pas signer le présent Bulletin de souscription. Nous vous invitons dans ce cas à vous rapprocher de votre Intermédiaire d'assurance.

Si vous avez coché « Non » aux deux questions ci-dessus, nous vous invitons à répondre aux deux questions suivantes :

3. Je possède un numéro d'immatriculation fiscal des États-Unis d'Amérique (TIN) mais je ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique
 Oui TIN n° _____ Non
- 4 - Êtes-vous résident fiscal* dans un pays autre que la France ?
 Oui Non

Si vous avez répondu « **Oui** » à la question 4, merci d'indiquer le/les pays dans lequel (lesquels) vous avez des obligations déclaratives en matière fiscale ainsi que le numéro d'identification fiscal (NIF) correspondant lorsque le pays en délivre un :

Nom du pays _____ NIF _____
Nom du pays _____ NIF _____

En signant le présent Bulletin de souscription, je certifie que je ne suis pas citoyen des États-Unis d'Amérique ni résident fiscal des États-Unis d'Amérique.

Je m'engage à fournir à l'Assureur le certificat **W-8BEN** si je possède un TIN mais ne suis plus résident fiscal des États-Unis d'Amérique. Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses communiquées ci-dessus.

* La définition de résident fiscal des États-Unis d'Amérique au sens de la réglementation FATCA ainsi que la méthode d'appréciation de la résidence fiscale sont indiquées à l'article « **Réglementation relative à l'échange automatique de renseignements en matière fiscale** » de la Note d'information valant Conditions générales.

C. Durée et fiscalité du contrat (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé C de « Comment remplir votre bulletin ? »)

- Durée Déterminée : _____ ans (minimum 8 ans)
 Fiscalité PEA (uniquement en cas de souscription par une personne physique)

La liste des supports en unités de compte disponibles dans le cadre de la fiscalité PEA figure à l'annexe financière « Liste des supports en unités de compte accessibles au titre du contrat dans le cadre de la gestion libre ».

D. Montant de la souscription (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé D de « Comment remplir votre bulletin ? »)

D1. Montant total du versement initial _____ € (minimum 5 000 euros ou 1 000 euros si versements libres programmés)
(Somme en toutes lettres)

D2. Moyen de paiement

La prime est-elle payée par débit du compte bancaire du Souscripteur ? Oui ⁽⁴⁾ Non ⁽⁵⁾
L'instrument de paiement émane-t-il d'un établissement de crédit situé sur le territoire français ? Oui Non ⁽⁵⁾

⁽⁴⁾ Joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires au paiement complétés et signés.

⁽⁵⁾ Dans la négative, compléter l'annexe « Instrument de paiement ».

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _ _ _ _ _ _ _	Date de naissance _ _ _ _ _ _ _
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____	

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

3/9

D. Montant de la souscription (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé D de « Comment remplir votre bulletin ? ») (suite)

- Par chèque ci-joint n° _____ établi exclusivement à l'ordre de Generali Vie et tiré sur le compte ouvert auprès de la banque _____
- Par virement (joindre obligatoirement une copie de l'avis d'exécution de virement et un RIB ou un RICE) sur le compte de Generali Vie ouvert dans les livres de la Société Générale - **IBAN** : FR76 3000 3033 9100 0500 1156 079 - **BIC** : SOGEFRPP
- Par virement (joindre obligatoirement une copie de l'avis d'exécution de virement et un RIB ou un RICE) sur le compte de Generali Vie ouvert dans les livres de la Société Générale - **IBAN** : FR76 3000 3034 5000 0507 1250 401 - **BIC** : SOGEFRPP **en cas de transfert PEA**

Tout versement en espèces est exclu.

D3. Versements libres programmés (joindre un RIB ou un RICE et les documents nécessaires à la mise en place des prélèvements automatiques dûment remplis dont le mandat de prélèvement.)

- J'opte pour des versements libres programmés d'un montant de _____ € selon une périodicité :
- Mensuelle (minimum 150 €) Trimestrielle (minimum 300 €) Semestrielle (minimum 500 €) Annuelle (minimum 1 000 €)
- J'opte pour l'augmentation automatique annuelle de mes versements libres programmés au taux de 3 %.

E. Options de gestion (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé E de « Comment remplir votre bulletin ? »)

1. Gestion libre

E1. Je répartis mon versement initial comme suit :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
Fonds en euros Actif Général de Generali Vie		Mini. 1 000 € par support _____ €
Fonds en euros Elixence*		_____ €
Fonds en euros Euro Innovalia**		_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total ⁽⁶⁾		_____ €

* au moins 50 % du montant total du versement doivent être investis sur des supports en unités de compte.

** au moins 40 % du montant total du versement doivent être investis sur des supports en unités de compte.

Fonds croissance « G Croissance 2014 » : Vous pouvez choisir jusqu'à 3 Engagements.	Montant
	Mini. 1 000 € par engagement
Engagement 1 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽⁷⁾
Engagement 2 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽⁸⁾
Engagement 3 : Durée _____ ans*** Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽⁹⁾
Total ⁽⁶⁺⁷⁺⁸⁺⁹⁾	

*** Minimum 8 ans, maximum 30 ans. Si mon contrat est de durée déterminée, la durée de mon (mes) Engagement(s) ne peut être supérieure à la durée de mon contrat.

⁽¹⁰⁾ Minimum 80 %, maximum 100 %; par pas de 1 %.

E2. J'opte pour des versements libres programmés ⁽¹¹⁾ :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
Fonds en euros Actif Général de Generali Vie		Mini. 150 € par support ou par engagement _____ €
Fonds croissance « G Croissance 2014 » ⁽¹²⁾ :		
Engagement 1 _____		_____ €
Engagement 2 _____		_____ €
Engagement 3 _____		_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total		_____ €

⁽¹¹⁾ Les fonds en euros Euro Innovalia et Elixence ne peuvent pas être choisis dans le cadre de versements libre programmés.

⁽¹²⁾ Le fonds croissance doit être préalablement investi avant toute mise en place de versements libres programmés.

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance [][][][][][][][][]	Date de naissance [][][][][][][][][]
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____	

Paraphe(s)



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

4/9

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

E. Options de gestion (Pour compléter cet encart, reportez-vous au pavé E de « Comment remplir votre bulletin ? ») (suite)

2. Gestion pilotée

E3. Je sélectionne une seule des orientations de gestion suivantes * :

- Edmond de Rothschild Asset Management : Profil « Liberté »
 DNCA Finance : Profil « Diversifié Équilibre »
 Financière de l'Échiquier : Profil « Prudent » Profil « Carte Blanche »
 Rothschild & Cie Gestion : Profil « Dynamique »

* Dans le cadre de la **fiscalité PEA**, seule l'orientation de gestion avec le conseil de Rothschild & Compagnie Gestion est accessible.

Orientation de gestion sélectionnée : _____ € ⁽¹³⁾ (minimum 5 000 euros)

ET j'investis, dans la limite de 45 % de mon versement : sur le(s) fonds en euros :

Actif Général de Generali Vie _____ € et/ou Euro Innovalia _____ € Total⁽¹⁴⁾ : _____ €

Et/ou

sur le(s) support(s) nécessitant la signature d'un avenant d'investissement spécifique :

Libellé(s)	Code(s) ISIN	Montant
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total ⁽¹⁵⁾		_____ €

Et/ou

sur le fonds croissance « G Croissance 2014 » :

Engagement	Durée	Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾	Montant
Engagement 1	Durée _____ ans***	Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽¹⁶⁾
Engagement 2	Durée _____ ans***	Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽¹⁷⁾
Engagement 3	Durée _____ ans***	Niveau de garantie des sommes versées nettes de frais ⁽¹⁰⁾ : _____ %	_____ € ⁽¹⁸⁾
Total ⁽¹³⁺¹⁴⁺¹⁵⁺¹⁶⁺¹⁷⁺¹⁸⁾			_____ €

Mini. 1 000 € par engagement

*** Minimum 8 ans, maximum 30 ans. Si mon contrat est de durée déterminée, la durée de mon (mes) Engagement(s) ne peut être supérieure à la durée de mon contrat.

⁽¹⁰⁾ Minimum 80 %, maximum 100 %; par pas de 1 %.

E4. J'opte pour des versements libres programmés (les versements libres programmés sont investis exclusivement sur les supports composant l'orientation de gestion sélectionnée).

F. Options

Ces options sont exclusives les unes des autres. Le fonds croissance n'est éligible à aucune de ces options.

Seules les options transferts programmés et sécurisation des plus-values sont compatibles avec les versements libres programmés.

Les options limitation des moins-values et limitation des moins-values relatives sont compatibles avec l'ensemble des options.

J'opte pour des rachats partiels programmés (joindre un RIB ou un RICE)

- Périodicité et montant du rachat : Mensuelle : _____ € (minimum 200 €)
 Trimestrielle : _____ € (minimum 500 €)
 Semestrielle : _____ € (minimum 1 000 €)
 Annuelle : _____ € (minimum 1 000 €)

Dans le cadre de la gestion libre

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le(s) support(s) à désinvestir (hors fonds croissance) doit être égale à 1 000 euros.

Choix du (des) support(s) à désinvestir :

au prorata des supports du contrat hors fonds croissance ou selon la répartition suivante :

Support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
Total		_____ €

Dans le cadre de la gestion pilotée

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le(s) fonds en euros Actif Général de Generali Vie et/ou Euro Innovalia doit être égale à 10 000 euros.

Choix du (des) fonds en euros à désinvestir :

Actif Général de Generali Vie _____ € Euro Innovalia _____ €

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____	Paraphe(s)
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____	
Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____		

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages
 dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
 L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
 imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

F. Options (suite)

Dans le cadre de la **fiscalité PEA**, les rachats partiels programmés s'effectueront au prorata des supports composant l'orientation de gestion sélectionnée.

Pour les produits attachés aux primes versées avant le 27.09.2017, je choisis l'option fiscale suivante * :

- Prélèvement forfaitaire libératoire (et je précise que le montant à désinvestir est brut ou net de prélèvement fiscal : brut net)
- Intégration des produits dans ma déclaration d'ensemble des revenus

Les produits afférents aux primes versées à compter du 27.09.2017 sont soumis à un prélèvement forfaitaire obligatoire (aucune option fiscale ne peut être sélectionnée au moment du règlement de ces produits) *

- Je réside fiscalement à l'étranger et je souhaite bénéficier de l'application de la convention fiscale internationale, s'il en existe une et sous réserve des conditions d'application de celle-ci (à défaut le prélèvement fiscal sera effectué au taux français*)

*Sauf application d'un régime particulier d'exonération ou d'une enveloppe fiscale spécifique.

- J'opte pour des transferts programmés** (uniquement en gestion libre)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le fonds en euros Actif Général de Generali Vie ou sur le fonds en euros Euro Innovalia ou sur le support en unités de compte sélectionné doit au moins être égale à 10 000 euros.

Périodicité et montant de l'arbitrage (minimum 200 €) :

- Hebdomadaire : _____ € Mensuelle : _____ € Trimestrielle : _____ €

- du fonds en euros Actif Général de Generali Vie ou du fonds en euros Euro Innovalia

ou

- du support en unités de compte* : Libellé _____ Code ISIN _____

Vers le(s) support(s) sélectionné(s) (libellé(s))	Code(s) ISIN	Montant
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €

* La liste des supports en unités de compte non éligibles définis dans la Note d'information valant Conditions générales.

- J'opte pour la sécurisation des plus-values** (uniquement en gestion libre)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le contrat (hors fonds croissance) doit au moins être égale à 10 000 euros.

De	Pourcentage de plus-value de référence				Vers (Un seul support de sécurisation peut être sélectionné) :
	5 %	10 %	15 %	20 %	
<input type="checkbox"/> La totalité des supports autres que le(s) fonds en euros, présents et à venir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonds en euros Actif Général de Generali Vie
<input type="checkbox"/> Du (des) support(s) suivant(s) (libellé(s) et code(s) ISIN) :					<input type="checkbox"/> Amundi Dynarbitrage Volatilité P (FR0010191866)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Managed Growth (LU1401871436)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carmignac Patrimoine A EUR ACC (FR0010135103)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echiquier Patrimoine (FR0010434019)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EdR Fd Income Europe A EUR (LU0992632538)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eurose C (FR0007051040)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GF Fidélité (FR0010113894)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Prudence P (FR0007494760)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Trésorerie B (FR0010233726)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GIS Euro Corporate Bds Dx Cap (LU0145483946)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SG Liquidité PEA (C) (FR0007010657)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sycomore L/S Market Neutral R (FR0010231175)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom du Souscripteur _____ Nom du Co-Souscripteur _____
 Prénom du Souscripteur _____ Prénom du Co-Souscripteur _____
 Date de naissance _____ Date de naissance _____
 Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

6/9

F. Options (suite)

Dans le cadre de la fiscalité PEA, seul un de ces fonds de sécurisation peut être sélectionné :

SG Liquidité PEA (C) ou Sycomore L/S Market Neutral R

J'opte pour la dynamisation des plus-values (uniquement en gestion libre et hors fiscalité PEA)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le fonds en euros Actif Général de Generali Vie doit au moins être égale à 10 000 euros, avec un minimum par support de 100 euros à arbitrer.

Du fonds en euros Actif Général de Generali Vie vers le(s) supports de dynamisation suivant(s) (les indiquer dans l'ordre de priorité souhaité) :

Libellé(s)	Code(s) ISIN
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} support : _____	_____
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} support : _____	_____
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} support : _____	_____

La répartition sera fonction du nombre de supports de dynamisation choisi et se fera conformément à la Note d'information valant Conditions générales.

J'opte pour la limitation des moins-values Ou limitation des moins-values relatives

Ces options sont exclusives l'une de l'autre et accessibles uniquement en gestion libre.

Je choisis les supports et le pourcentage de moins-value de référence :

Support(s) bénéficiant de la limitation

Pourcentage de moins-value de référence

Support(s) réceptacle(s)

(Libellé(s) et Code(s) ISIN) :

	Pourcentage de moins-value de référence				
	5 %	10 %	15 %	20 %	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonds en euros Actif Général de Generali Vie
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Dynarbitrage Volatilité P (FR0010191866)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amundi Managed Growth (LU1401871436)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Carmignac Patrimoine A EUR ACC (FR0010135103)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echiquier Patrimoine (FR0010434019)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EdR Fd Income Europe A EUR (LU0992632538)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eurose C (FR0007051040)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GF Fidélité (FR0010113894)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Prudence P (FR0007494760)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Generali Trésorerie B (FR0010233726)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GIS Euro Corporate Bds Dx Cap (LU0145483946)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SG Liquidité PEA (C) (FR0007010657)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sycomore L/S Market Neutral R (FR0010231175)

Dans le cadre de la fiscalité PEA, seul un de ces fonds de sécurisation peut être sélectionné :

SG Liquidité PEA (C) ou Sycomore L/S Market Neutral R

G. Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Dans le cadre d'une souscription au contrat de capitalisation, vous devez obligatoirement joindre à votre Bulletin de souscription l'annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » complétée et signée qui fait partie intégrante dudit Bulletin. À défaut de document correctement rempli, le Bulletin de souscription ne pourra pas être accepté et vous sera renvoyé ainsi que votre versement.

Si vous optez pour l'option fiscale PEA, seule la colonne intitulée « Montant cumulé des versements bruts effectués sur le contrat » de l'annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » doit être renseignée.

Si cette souscription est issue d'un transfert d'un Plan d'Épargne en Actions (PEA), vous n'avez pas connaissance du montant transféré. Il n'est donc pas nécessaire de remplir cette annexe.

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _____	Date de naissance _____
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____	

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

7/9

H. Accès à la consultation en ligne

- En souscrivant au contrat **Himalia Capitalisation**, j'ai accès à la consultation de mon contrat en ligne. Le code d'accès sera attribué selon les règles prévues par l'article « Consultation et gestion du contrat en ligne » et de l'annexe 3 « Consultation et gestion du contrat en ligne » de la Note d'information valant Conditions générales. Si je dispose déjà d'un code d'accès aux services en ligne pour d'autres contrats de Generali Vie, accessibles via le site www.acces-clients.com ou via la boutique virtuelle de mon Intermédiaire d'assurance, je demande à ce que cette nouvelle souscription soit également accessible via ce même code.

I. Données financières et patrimoniales

Revenus annuels du foyer

- 0 à 25 000 € > 100 000 € à 150 000 €
 > 25 000 € à 50 000 € > 150 000 € à 300 000 €
 > 50 000 € à 75 000 € > 300 000 €
 > 75 000 € à 100 000 € Préciser : _____ €

Estimation du patrimoine du foyer

- 0 à 100 000 € > 1 000 000 € à 2 000 000 €
 > 100 000 € à 300 000 € > 2 000 000 € à 5 000 000 €
 > 300 000 € à 500 000 € > 5 000 000 € à 10 000 000 €
 > 500 000 € à 1 000 000 € > 10 000 000 €
 Préciser : _____ €

J. Objectifs du versement (cocher un ou plusieurs objectifs)

- Transmettre un capital à mes héritiers ou à des tiers Constituer un capital à horizon de plus de 8 ans
 Utiliser le contrat d'assurance comme un instrument de garantie Financer un projet futur
 Disposer de revenus complémentaires immédiats Autre (préciser) : _____
 Disposer de revenus complémentaires futurs (retraite) _____

K. Origine des fonds affectés à l'opération (Renseigner les dates et/ou les montants correspondant aux rubriques cochées)

Nature	Date	Montant de l'opération	Nature	Date	Montant de l'opération
<input type="checkbox"/> Épargne		_____ €	<input type="checkbox"/> Cession d'actifs		_____ €
<input type="checkbox"/> Revenus		_____ €	<input type="checkbox"/> Mobiliers	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Héritage	_____	_____ €	<input type="checkbox"/> Immobilier	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Donation	_____	_____ €	<input type="checkbox"/> Professionnels	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Gains au jeu ⁽¹⁹⁾	_____	_____ €	<input type="checkbox"/> Autres	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Autres ⁽¹⁹⁾	_____	_____ €	(Préciser) _____		
(Préciser) _____					
Total A		_____ €	Total B		_____ €
			Total ⁽²⁰⁾ A + B		_____ €

⁽¹⁹⁾ Justificatif obligatoire.

⁽²⁰⁾ À renseigner y compris le montant annualisé du versement programmé.

L. Commentaires

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _____	Date de naissance _____
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____	

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s). L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

M. Signature(s)

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

À défaut de réception de vos Conditions particulières dans un délai de trente (30) jours, veuillez en aviser l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Souscripteur atteste avoir préalablement reçu, en temps utile, le Document d'Informations Clés du contrat **Himalia Capitalisation** et en avoir pris connaissance.

Le Souscripteur reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information valant Conditions générales du contrat **Himalia Capitalisation** (réf.PA8305CGM) remise avec un exemplaire du présent Bulletin de souscription, (en ce compris son annexe « Valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts » signée ce même jour) et notamment des conditions d'exercice du droit de renonciation. Ces deux documents constituent le Projet de contrat.

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, des supports en unités de compte sélectionnés dans le présent Bulletin de souscription, tant pour son versement initial que pour les options de gestion qu'il a choisies, 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 Intermédiaire d'assurance 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.

Le Souscripteur déclare avoir été clairement informé que les montants investis au titre des engagements donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers.

Le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de signature du Bulletin de souscription. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Generali Vie - TSA 70007 - 75447 Paris Cedex 09. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans le Projet de contrat.

Fait à _____,
le _____

Signature du Souscripteur

Signature du Co-Souscripteur

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur dans le présent Bulletin sont nécessaires et ont pour finalité de satisfaire à votre demande ou pour permettre la réalisation des actes de souscription, de gestion ou d'exécution ultérieure de votre contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés. Ces informations pourront également être utilisées par l'Assureur pour des besoins de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, de prospection (sous réserve du respect de votre droit d'opposition ou de l'obtention de votre accord à la prospection conformément aux exigences légales), d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et des contentieux, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude (pouvant, entre autres, conduire à l'inscription sur une liste de personne présentant un risque de fraude), de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Ces informations pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, à votre Intermédiaire d'assurance, ainsi que si nécessaire à des partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur communiquera des informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition notamment à la communication de ces informations à des tiers ou à leurs utilisations à des fins commerciales, pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L561-5 et L561-6 du Code monétaire et financier le recueil et/ou la communication d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _____	Date de naissance _____
Dénomination sociale du Souscripteur Personne morale (le cas échéant) _____	

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 9 pages
dont la 9^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**



* 0 0 9 1 5 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur

9/9

Notice explicative

Méthode de calcul

Méthode de calcul des valeurs (d_i) à (d_n) :

Avec f_1 : frais de gestion du fonds en euros 1

f_2 : frais de gestion du fonds en euros 2

- Si j'investis sur **un fonds en euros**, les formules sont les suivantes (*) :

$$d_1 = c_1 \times (1 - f_1)$$

$$d_2 = c_1 \times (1 - f_1)^2$$

...

$$d_8 = c_1 \times (1 - f_1)^8$$

(*) Pour (d_i) à (d_n) ne retenez que les deux chiffres après la virgule.

- Si j'investis sur **deux fonds en euros**, les formules sont les suivantes (**) :

$$d_1 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)}_{\text{Composante 2}}$$

$$d_2 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)^2}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)^2}_{\text{Composante 2}}$$

...

$$d_8 = \underbrace{c_1 \times (1 - f_1)^8}_{\text{Composante 1}} + \underbrace{c_2 \times (1 - f_2)^8}_{\text{Composante 2}}$$

(**) Pour (d_i) à (d_n) ne retenez que les deux chiffres après la virgule pour chaque composante avant de faire la somme des deux.

Exemple chiffré pour un investissement sur deux fonds en euros

1. Caractéristiques du contrat

- Frais d'entrée sur versements : 4 %
- (a) Montant du versement initial **brut de frais sur versements** : 52 083 €

Libellé du fonds en euros	Montant du versement initial brut de frais sur versements affecté par support en euros (b)	Montant du versement initial net de frais sur versements affecté par support en euros (c)	Frais de gestion maximum du support en euros (f)
Fonds en euros 1	$b_1 = 10\,416,67 \text{ €}$	$c_1 = 10\,416,67 \times (1 - 4 \%) = 10\,000,00 \text{ €}$	$f_1 = 0,60 \%$
Fonds en euros 2	$b_2 = 10\,416,67 \text{ €}$	$c_2 = 10\,416,67 \times (1 - 4 \%) = 10\,000,00 \text{ €}$	$f_2 = 1,00 \%$

2. Tableau des valeurs de rachat et montant cumulé des versements bruts

Année	Montant cumulé des versements bruts effectués sur le contrat (Montant identique pour les 8 ans)	Fonds en euros : valeurs de rachat minimales personnalisées
1	$a = 52\,083 \text{ €}$	$d_1 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%) + 10\,000 \times (1 - 1 \%) = 19\,840,00 \text{ €}$
2	a	$d_2 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^2 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^2 = 19\,681,36 \text{ €}$
3	a	$d_3 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^3 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^3 = 19\,524,06 \text{ €}$
4	a	$d_4 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^4 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^4 = 19\,368,11 \text{ €}$
5	a	$d_5 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^5 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^5 = 19\,213,47 \text{ €}$
6	a	$d_6 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^6 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^6 = 19\,060,15 \text{ €}$
7	a	$d_7 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^7 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^7 = 18\,908,13 \text{ €}$
8	a	$d_8 = 10\,000 \times (1 - 0,60 \%)^8 + 10\,000 \times (1 - 1 \%)^8 = 18\,757,39 \text{ €}$



Ce document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

Exemplaire 1 : Assureur - Exemplaire 2 : Intermédiaire d'assurance - Exemplaire 3 : Souscripteur/Co-Souscripteur

Himalia Capitalisation

Attestation PEA



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Code produit : 8305

Tous les champs sont obligatoires. À défaut, ce document ne pourra être accepté et vous sera retourné.

Titulaire

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Lieu de naissance _____ Département [] [] [] []

Pays _____

Adresse _____

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

Signature

Je, soussigné(e), M. / Mme _____ (nom et prénom), demande à ouvrir un Plan d'Épargne en Actions (PEA), auprès de Generali Vie, Compagnie d'Assurance sur la Vie.

Je certifie sur l'honneur n'être titulaire d'aucun autre Plan d'Épargne en Actions (PEA), que ce soit auprès de Generali Vie ou auprès de tout autre organisme (bancaire ou d'assurance).

Je reconnais avoir reçu une information complète sur les dispositions légales et réglementaires applicables au Plan d'Épargne en Actions et notamment sur celles relatives à la fiscalité.

Je reconnais être informé sur le fait :

- qu'il ne peut être ouvert qu'un PEA par contribuable (ou par chacun des époux soumis à imposition commune),
- que les versements sont limités à 150 000 euros bruts de frais,

et sur les conséquences d'un manquement à ces règles (Clôture de l'enveloppe fiscale PEA et perte des avantages fiscaux afférents).

Fait à _____, le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature du titulaire

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur et pourront également être utilisées dans le cadre de la gestion de la relation client. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat ou de la relation client à des tiers, notamment à son Intermédiaire d'assurance, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.



* 0 0 9 0 5 *

Ce document a été réalisé et complété en une version, imprimée et remise en trois exemplaires identiques.

Exemplaire 1 : Assureur - Exemplaire 2 : Intermédiaire d'assurance - Exemplaire 3 : Souscripteur

PA8305ATG - Janvier 2018 - Attestation PEA Himalia Capitalisation - Gestion des Imprimés

Himalia Capitalisation

Demande de transfert d'un Plan d'Épargne en Actions (PEA) Certificat d'identification



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Code produit : 8305

Titulaire

Je, soussigné(e), Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance [][][][][][][][][] Lieu de naissance _____ Département [][][]

Pays _____

Demeurant _____

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

Actuellement titulaire d'un PEA n° _____ ouvert le [][][][][][][][][]

Auprès de _____

Adresse _____

Personne à contacter _____ Numéro de téléphone [][][][][][][][][]

Demande à ce que la totalité des sommes figurant sur ce compte soit transférée auprès de :

GENERALI VIE - TSA 70007 - 75447 Paris Cedex 09

Cette opération devra s'effectuer par virement en numéraire de l'intégralité des sommes figurant sur le PEA vers le compte ouvert à cet effet par Generali Vie auprès de :

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE PARIS AGENCE CENTRALE
Code banque : 30003 - Code guichet : 03450 - N° de compte : 00050712504 - Code clé : 01
IBAN : FR76 3000 3034 5000 0507 1250 401 - BIC : SOGEFRPP

Signature

Mon contrat Himalia Capitalisation prendra effet dès la signature du Bulletin de souscription, sous réserve de l'encaissement effectif par l'Assureur des sommes transférées et de la réception par ce dernier de l'ensemble des pièces exigées à la souscription, notamment des informations demandées à l'organisme gestionnaire de mon actuel PEA. Les sommes transférées seront ensuite valorisées conformément à l'article « Dates de valeur » de la Note d'information valant Conditions générales de mon contrat Himalia Capitalisation. J'ai bien pris connaissance et accepte qu'aucune revalorisation ne sera due tant que les sommes et éléments ci-dessus mentionnés n'auront pas été remis à Generali Vie par l'actuel organisme gestionnaire de mon PEA.

Fait à _____, le [][][][][][][][][]

Signature du titulaire

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement du dossier du Souscripteur et pourront également être utilisées dans le cadre de la gestion de la relation client. Ces informations sont susceptibles d'être transmises pour les besoins de la gestion de son contrat ou de la relation client à des tiers, notamment à son Intermédiaire d'assurance, ou pour satisfaire à des obligations réglementaires. Par la signature de ce document, le Souscripteur accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données le concernant qu'il peut exercer sur simple demande auprès de Generali Vie - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.



* 0 0 9 2 8 *

**Ce document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.**
Exemplaire 1 : Assureur - Exemplaire 2 : Intermédiaire d'assurance - Exemplaire 3 : Souscripteur

Annexe Instrument de paiement



Generali Vie, Société anonyme au capital de 332 321 184 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Les informations ci-après sont recueillies en application des dispositions du Code monétaire et financier.

Identité du Souscripteur et références du versement

Nom et prénom _____

ou

Dénomination sociale de la personne morale _____

Montant du versement _____ €

N° de contrat (si versement sur un contrat émis) _____

Paiement par un tiers

Chèque ou virement de notaire ou d'avocat

Nom du notaire ou de l'avocat _____

Ville et département de l'étude notariale ou du cabinet de l'avocat _____

Motif d'utilisation de ce mode de paiement _____

Joindre un justificatif

Chèque ou virement de banque

Joindre un avis d'opération faisant apparaître les références du compte du client débité

Motif de l'utilisation de ce mode de paiement _____

Chèque ou virement d'apporteur

Joindre le justificatif du paiement du Souscripteur à l'apporteur

Motif de l'utilisation de ce mode de paiement _____

Tiers payeur personne physique

Nom et prénom du payeur de prime _____

Adresse _____

Lien avec le Souscripteur

Lien de parenté (*préciser*) _____

Autre (*préciser*) _____

Motif de l'intervention du payeur de prime _____

Document présenté par le payeur de prime personne physique

CNI Passeport Carte de séjour ou de résident(e) Permis de conduire

Paraphe(s)



* 0 0 4 7 4 *

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s)

Paiement par un tiers (suite)

Tiers payeur personne morale

Nom de la personne morale _____
Dénomination sociale _____
Adresse _____
Représenté par (Nom, prénom et fonction) _____

Motif de l'intervention du payeur de prime

- Rémunération
 Remboursement de compte courant d'associé
 Autre (préciser) _____

Document présenté par le payeur de prime personne morale

- Original ou copie du Kbis de moins de 3 mois
ou
 Copie de la DÉCLARATION EN PRÉFECTURE (pour les associations)

Faire porter au bas de la présente annexe la mention suivante sous signature du contractant :
« Je certifie que l'opération a donné lieu au traitement fiscal et social exigé par la réglementation ».

Instrument de paiement en provenance de l'étranger

- Pays de provenance des fonds (préciser) _____
 Motif d'utilisation de ce mode de paiement (préciser) _____

Joindre un document permettant d'identifier les références et le titulaire du compte débité

Mentions manuscrites complémentaires du Souscripteur

Clause CNIL (Article L 561-45 du Code monétaire et financier) :

Ce document de recueil d'informations a pour but de permettre à votre interlocuteur commercial et à votre assureur de se conformer à la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre le législateur a placé au centre des obligations des organismes financiers de principe de « connaissance client » et la nécessité de faire preuve de vigilance à l'égard de l'ensemble de leurs clientèles en fonction du niveau d'exposition au risque de blanchiment et de financement du terrorisme que présente chaque situation.

Nous vous remercions de remplir l'intégralité de ce document afin de garantir la prise en charge de votre dossier. La conservation des informations et des documents que nous recueillons dans ce cadre est réalisée de façon à en assurer la confidentialité et l'intégrité.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel au sein de Generali par e-mail à l'adresse droitdaces@generali.fr

Par ailleurs ces données pourront être communiquées en tant que de besoin à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées et dans ce cadre vous pouvez exercer votre droit d'accès directement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Fait à _____, le | | | | | | | | | |

Signature du Souscripteur

