



# K&P EPARGNE

Société de courtage en Assurances  
Conseils en investissements financiers

## PROCEDURE DE SOUSCRIPTION – MMA MULTISTRATEGIES ACTIFS

Pour souscrire un contrat MMA MULTISTRATEGIES ACTIFS, suivez le mode d'emploi ci-dessous :

### Le dossier de souscription

- Complétez et signez le **bulletin de souscription** dans les cases indiquées pour le souscripteur
- Complétez et signez la **fiche de renseignement confidentielle** (selon les cas énumérés dans la fiche de renseignement)
- Indiquez sur le bulletin de souscription les frais convenus avec votre conseiller (à coté du montant du versement)
- Pensez à bien choisir la clause bénéficiaire et précisez toutes les informations concernant les supports choisis et les options de gestion choisies

### Liste des documents à envoyer

- Le **bulletin de souscription** dûment rempli et signé
- La **fiche de renseignement confidentielle** dûment remplie et signée
- Un **chèque** correspondant au montant du versement initial à l'ordre de « MMA »
- Un **RIB**
- Une **pièce d'identité** en cours de validité (recto / verso) et un **justificatif de domicile**

N'oubliez pas de prendre connaissance des dispositions générales du contrat et de la liste des fonds en unité de compte.

ENVOYEZ CES DOCUMENTS A  
**K&P EPARGNE**  
59 Rue de la Boétie  
75008 Paris

**K&P EPARGNE est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions et vous fournir toute information sur rendez-vous ou par téléphone au 01 42 56 60 00.**



---

## MULTISTRATÉGIES ACTIFS

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE SUR LA VIE N° AS-2007-08  
REGI PAR LE CODE DES ASSURANCES  
LIBELLE EN UNITES DE COMPTE ET/OU EN EUROS  
SOUSCRIT PAR MMA Vie Assurances Mutuelles  
AUPRES DE MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie

---

Ce dossier se compose :

- de la présente demande d'adhésion
- de la notice d'information comprenant l'encadré prévu par la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 (reprise de certaines dispositions essentielles du contrat)
- de l'annexe à la notice d'information mentionnant les supports disponibles

**Vu 374 – 10/11**

<b>VOTRE CONSEILLER</b> NOM : ..... S ..... N° de bordereau ..... <b>SAISIE P9</b>	<b>N° d'apporteur</b>		
	<b>Référence</b>		
	Ag. :	Pt vente :	Pr. :
<b>N° de client</b>			

# MULTISTRATÉGIES ACTIFS

## DEMANDE D'ADHÉSION

N° .....

### LES PERSONNES CONCERNÉES

#### ADHÉRENT / ASSURÉ

Nom (M. / Mme / Mlle) |.....| Prénom : .....

Date de naissance |.....| Lieu de naissance (Ville / Pays) : ..... Code postal |.....|

Nom de jeune fille : .....

Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Union libre

Nombre d'enfants : .....

Régime matrimonial :  Communauté réduite aux acquêts (régime légal)  Communauté universelle  
 Séparation de biens  Participation aux acquêts

Pièce d'identité : nature ..... n° ..... émise le ..... à .....  
 autorité de délivrance : .....

Domicile : résid. / appart. / bât. : ..... rue ou lieu dit : .....

Code postal |.....| Commune : .....

Pays de résidence : ..... (Joindre une copie de la pièce d'identité et une copie d'un justificatif de domicile)

Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) : .....

Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :

EXPL. AGRIC.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BATIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENT. ≥ 10 SAL	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRIC. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ETUDIANT ELEVE	RETRAITE	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

#### REPRÉSENTANTS DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

Représentant(s) :

Nom (M. / Mme / Mlle) |.....| Prénom : .....

Date de naissance |.....| Lieu de naissance (Ville / Pays) : ..... Code postal |.....|

Pièce d'identité : nature ..... n° ..... émise le ..... à .....  
 autorité de délivrance : .....

Nom (M. / Mme / Mlle) |.....| Prénom : .....

Date de naissance |.....| Lieu de naissance (Ville / Pays) : ..... Code postal |.....|

Pièce d'identité : nature ..... n° ..... émise le ..... à .....  
 autorité de délivrance : .....

Domicile : résid. / appart. / bât. : ..... rue ou lieu dit : .....

Code postal |.....| Commune : .....

Pays de résidence : ..... (Joindre une copie de la pièce d'identité du (des) représentant(s) et une copie d'un justificatif de domicile)

Agissant en qualité de :  Administrateur pur et simple (joindre la copie du livret de famille)  Administrateur sous contrôle judiciaire (joindre l'ordonnance du Juge des Tutelles)  
 Tuteur (joindre l'ordonnance du Juge des Tutelles)  Curateur (joindre l'ordonnance du Juge des Tutelles)

Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) : .....

Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :

EXPL. AGRIC.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BATIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENT. ≥ 10 SAL	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRIC. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ETUDIANT ELEVE	RETRAITE	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

#### BÉNÉFICIAIRES

• En cas de vie de l'assuré : l'assuré

• En cas de décès de l'assuré : les bénéficiaires sont les suivants

**Clause Standard - Clause CLD01**  
 En cas de décès :  
 - le conjoint de l'assuré, non séparé de corps,  
 - à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,  
 - à défaut les héritiers de l'assuré.

**Autre clause :**  
 Sélectionner la clause choisie dans le classier figurant au verso. Puis, ci-dessous, reporter le numéro de cette clause et reprendre intégralement son texte, après l'avoir complété le cas échéant.

**Clause CLD** ..... :  
 En cas de décès :  
 .....  
 .....  
 .....  
 - à défaut, les héritiers de l'assuré.

### LES CARACTÉRISTIQUES DE MON CONTRAT

**NATURE DU CONTRAT :** contrat d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative de type multisupports avec des versements à ma convenance.

**DURÉE DE L'ADHÉSION :** 10 ans prorogable annuellement par tacite reconduction.

**ADHÉSION DANS LE CADRE DE L'ÉPARGNE HANDICAP :**  NON  OUI (joindre une copie de la carte d'invalidité).

## MES VERSEMENTS

### VERSEMENT INITIAL

- montant :  € (incluant les frais d'entrée de 4,90% et, le cas échéant, les frais de mise en place du (des) service(s) SECURISATION DES PLUS VALUES et/ou STOP BAISSE)  
(Pour tout versement égal ou supérieur à 150 000 €, joindre une copie d'un justificatif d'origine des fonds)
- références du paiement établi exclusivement à l'ordre de "MMA Vie" par :  
Nom (M/Mme/Mlle) : ..... Prénom : .....  
Qualité : .....  
Chèque n° ..... sur Banque : ..... Agence bancaire de .....

### VERSEMENTS AUTOMATIQUES (1) (Option incompatible avec les options Revenus Trimestriels ou Rachats Partiels Programmés)

- montant de chaque prélèvement :  €  par mois  par trimestre  
(incluant les frais d'entrée de 4,90 %)
  - date du 1<sup>er</sup> prélèvement : à compter du .....(jour)/ .....(mois) (au choix le 5, 15 ou 25 du mois)
  - indexation automatique annuelle des versements :  oui  non
  - prélèvement sur compte bancaire : compléter l'autorisation de prélèvement ci-après et joindre un RIB
- (1) J'accepte, en absence de versement initial, l'affectation de 0,15 € offert par MMA, sur le support à capital garanti libellé en euros

### AFFECTATION DE MES VERSEMENTS

SUPPORT	Versement initial	Versements automatiques
<input type="checkbox"/> Support à capital garanti .....	.....%	.....%
<input type="checkbox"/> PACKS :		
<input type="radio"/> PACK Equilibre .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> PACK Dynamique .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> PACK Offensif .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> PACK Duo .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> PACK Sécurisation Progressive .....	.....%	.....%
Durée choisie (4 ans à 20 ans) : ..... ans		
<input type="checkbox"/> Autres Supports (1)	(1)	
<input type="radio"/> .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> .....	.....%	.....%
<input type="radio"/> .....	.....%	.....%
<b>TOTAL :</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

(1) Ne pas oublier de faire figurer les supports concernés par les services INVESTISSEMENT PROGRESSIF, SECURISATION DES PLUS VALUES et STOP BAISSE

## MES SERVICES "PRESTIGE"

### SERVICE OPTIMISATION ANNUELLE : (service incompatible avec l'option Revenus Trimestriels)

- Je souhaite mettre en place le service "OPTIMISATION ANNUELLE"  
Pour dynamiser mon capital, je demande l'arbitrage des intérêts acquis au 31 décembre de chaque année sur le support à capital garanti vers le(s) support(s) suivant(s) : (1 à 3 supports en unités de compte sauf Pack)
- ..... pour .....%
- ..... pour .....%
- ..... pour .....%
- TOTAL : ..... 100 %

### SERVICE INVESTISSEMENT PROGRESSIF : (service incompatible avec l'option Revenus Trimestriels)

- Je souhaite mettre en place le service "INVESTISSEMENT PROGRESSIF" pour investir progressivement sur : (1 à 3 supports en unités de compte choisis lors de la répartition du versement initial ci-dessus sauf Pack)
- ..... pendant .....mois (entre 3 et 12 mois)
- ..... pendant .....mois (entre 3 et 12 mois)
- ..... pendant .....mois (entre 3 et 12 mois)
- Chaque opération d'investissement progressif correspond à un arbitrage mensuel automatique du support à capital garanti vers le(s) support(s) choisi(s) ci-dessus.

### SERVICE SECURISATION DES PLUS VALUES : (service incompatible avec l'option Revenus Trimestriels)

- Je souhaite mettre en place le service "SECURISATION DES PLUS VALUES". (frais de mise en place : 20 euros)  
A chaque fois que la performance réalisée dépasse le seuil de déclenchement choisi, je demande l'arbitrage vers le support à capital garanti du montant de la performance relative au(x) support(s) suivant(s) : (1 à plusieurs supports en unités de compte choisis lors de la répartition du versement initial ci-dessus sauf Pack)
- ..... seuil de déclenchement .....% (entre 5 et 15%)
- ..... seuil de déclenchement .....% (entre 5 et 15%)
- ..... seuil de déclenchement .....% (entre 5 et 15%)

### SERVICE STOP BAISSE : (service incompatible avec l'option Revenus Trimestriels)

- Je souhaite mettre en place le service "STOP BAISSE". (frais de mise en place : 20 euros)  
Dès lors que le seuil de baisse choisi sur le(s) support(s) suivant(s) est atteint, je demande l'arbitrage total du support vers le support à capital garanti : (1 à plusieurs supports en unités de compte choisis lors de la répartition du versement initial ci-dessus sauf Pack)
- ..... seuil de baisse .....% (entre 5 et 25%)
- ..... seuil de baisse .....% (entre 5 et 25%)
- ..... seuil de baisse .....% (entre 5 et 25%)

J'ai pris note que les opérations réalisées à mon initiative telles que arbitrages, rachats partiels, rachats partiels programmés... peuvent modifier voire mettre fin par anticipation aux différentes opérations d'arbitrage résultant des services "OPTIMISATION ANNUELLE", "INVESTISSEMENT PROGRESSIF", "SECURISATION DES PLUS VALUES" et / ou "STOP BAISSE".

# MON OPTION "REVENUS"

**REVENUS TRIMESTRIELS** (Option disponible sur un contrat reposant exclusivement sur le support à capital garanti. Elle est incompatible avec les options Rachats Partiels Programmés, ou Versements Automatiques ou les services "PRESTIGE")

- Je souhaite mettre en place l'option "REVENUS TRIMESTRIELS"  
• virement sur compte bancaire en janvier, avril, juillet et octobre – joindre un RIB

**RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS** (Option incompatible avec les options Revenus trimestriels ou Versements Automatiques)

- Je souhaite mettre en place l'option "RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS"

- périodicité :  mensuelle  trimestrielle  
• date du 1<sup>er</sup> rachat partiel programmé : le .....(jour)/ .....(mois)  
• virement sur compte bancaire : joindre un RIB

• montant :

- Net de prélèvements  
 Brut de prélèvements

• répartition :

Proportionnelle sur les supports présents au contrat

Libre sur les supports présents au contrat, mentionnés ci-dessous

Supports à compléter (Indiquer le % retenu)

- Support à capital garanti ..... à hauteur de ..... %  
 PACKS :  
     PACK Equilibre ..... à hauteur de ..... %  
     PACK Dynamique ..... à hauteur de ..... %  
     PACK Offensif ..... à hauteur de ..... %  
     PACK Duo ..... à hauteur de ..... %  
 Autres Supports  
     ..... à hauteur de ..... %  
     ..... à hauteur de ..... %  
     ..... à hauteur de ..... %  
100 %

**OPTION FISCALE :**  Déclaration dans les revenus  Prélèvement Forfaitaire Libératoire  Exonération fiscale (joindre le(s) justificatif(s))

Je soussigné(e) :

- demande à adhérer au contrat d'assurance de groupe sur la vie n° AS-2007-08 souscrit par MMA Vie Assurances Mutuelles auprès de MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie ;
- certifie avoir reçu :
  - un exemplaire de la notice d'information, incluant l'encadré et comportant les modalités de calcul des valeurs minimales de rachat ainsi que les statuts de MMA Vie Assurances Mutuelles dont je deviens sociétaire,
  - l'annexe à la notice d'information mentionnant les supports disponibles au contrat,
  - le prospectus simplifié de chaque unité de compte choisie. Les prospectus simplifiés des différentes unités de compte sont disponibles auprès de votre assureur-conseil et sur les sites Internet [www.mmasolution.fr](http://www.mmasolution.fr) et [www.amf-france.org](http://www.amf-france.org).
- reconnais être informé que sur les supports en unités de compte, l'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non pas sur leur valeur. Cette valeur, qui reflète la valeur d'actifs sous jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La valeur de rachat en euros résulte de la multiplication du nombre d'unités de compte disponibles par la valeur de l'unité de compte.

## LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles que vous nous avez communiquées sont nécessaires pour le traitement informatique lié à la gestion de votre adhésion et peuvent également être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offre commerciale vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du Service Réclamations Clients MMA. Vous disposez d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression que vous pouvez exercer par courrier auprès du Service Réclamations Clients MMA 14, boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 LE MANS CEDEX 9.

Je ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

L'adhérent peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour de signature de la demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : MMA Vie - 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 LE MANS CEDEX 9. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus au paragraphe "DROIT DE RENONCIATION" de la notice d'information. L'adhésion est réputée conclue et prend effet au jour de signature de la demande d'adhésion sous réserve des dispositions prévues au paragraphe "CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION" de la notice d'information.

Fait à ..... , le .....

**Signature de l'adhérent**

(signature valant approbation des dispositions contractuelles et de la clause "loi informatique et libertés")

**Signature du représentant nommé ci-dessus**

(signature valant approbation des dispositions contractuelles et de la clause "loi informatique et libertés")

**Signature du conseiller**

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, le montant des avis de prélèvement émis, à mon nom, par MMA Vie. En cas de litige sur mon prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie.

N° national d'émetteur

008052

### DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom, prénoms :

Adresse :

Département, ville :

Code postal :

### ORGANISME A CRÉDITER

**MMA Vie**

14, boulevard Marie et Alexandre Oyon

72030 LE MANS Cedex 9

### COMPTE A DÉBITER

N°

CODE BANQUE

CODE GUICHET

CLÉ RIB

### NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Nom :

Adresse de l'agence :

Département, ville :

Code postal :

Date : ..... Signature

**Joignez votre relevé d'identité bancaire (RIB)**

# QUELQUES CONSEILS POUR BIEN REMPLIR LA DEMANDE D'ADHÉSION

## SEUILS

<input type="checkbox"/> <b>VERSEMENTS :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Versement initial</li><li>• Versements automatiques prélevés sur compte bancaire :<ul style="list-style-type: none"><li>- par mois</li><li>- par trimestre</li></ul></li></ul>	<b>500 €</b> <b>100 €</b> <b>300 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>SERVICES "PRESTIGE" :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Optimisation annuelle :</b> montant minimum du capital en compte sur le support à capital garanti pour mettre en place le service</li><li>• <b>Investissement progressif :</b> montant minimum par support d'investissement</li><li>• <b>Sécurisation des Plus Values :</b> montant minimum par support en unités de compte choisi</li><li>• <b>Stop Baisse :</b> montant minimum par support en unités de compte choisi</li></ul>	<b>10 000 €</b> <b>10 000 €</b> <b>10 000 €</b> <b>10 000 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>REVENUS TRIMESTRIELS</b> ( <i>Option incompatible avec les options Rachats Partiels Programmés ou Versements Automatiques ou les services "PRESTIGE"</i> ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Montant minimum par trimestre</li><li>• Montant minimum du capital en compte sur le support à capital garanti pour mettre en place l'option</li></ul>	<b>15 €</b> <b>10 000 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS</b> ( <i>Option incompatible avec les options Revenus Trimestriels ou Versements Automatiques</i> ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Montant minimum par mois ou par trimestre</li><li>• Montant minimum du solde en compte</li><li>• Montant minimum du capital en compte pour mettre en place l'option</li></ul>	<b>50 €</b> <b>500 €</b> <b>1 500 €</b>

# CLAUSES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

<p><b>Clause Standard - Assuré mineur ou représenté</b> (lorsque l'assuré est un enfant mineur représenté ou un majeur sous tutelle)</p> <p><b>Clause CLD02</b> En cas de décès : - les héritiers de l'assuré.</p>	<p><b>Dispositions testamentaires</b> (le testament doit préciser le nom et le n° du contrat d'assurance vie)</p> <p><b>Clause CLD08</b> En cas de décès : - selon les dispositions testamentaires déposées en l'étude de Maître (NOM, Prénom) : ..... notaire à (adresse avec rue/lieu dit - code postal - ville et pays) ..... ..... - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>
<p><b>Enfants</b></p> <p><b>Clause CLD03</b> En cas de décès : - les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>	<p><b>Un bénéficiaire à désigner à défaut héritiers</b></p> <p><b>Clause CLD09</b> En cas de décès : - Monsieur (ou Madame) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>
<p><b>Ascendants</b></p> <p><b>Clause CLD04</b> En cas de décès : - les ascendants privilégiés de l'assuré par parts égales, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>	<p><b>Deux bénéficiaires à désigner par parts égales</b> (utilisée par un adhérent souhaitant stipuler par parts égales au profit de son frère et de sa sœur par exemple)</p> <p><b>Clause CLD10</b> En cas de décès : - Monsieur (ou Madame) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... - Madame (ou Monsieur) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... par parts égales, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>
<p><b>Désignation d'un bénéficiaire particulier</b> (utilisée notamment par un adhérent souhaitant stipuler au profit de son concubin)</p> <p><b>Clause CLD05</b> En cas de décès : - Monsieur (ou Madame) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... - à défaut, par parts égales, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>	<p><b>Autres</b> (perte de délégation)</p> <p><b>Clause CLD07</b> En cas de décès : (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays de chaque bénéficiaire) : ..... ..... ..... - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>
<p><b>Désignation de plusieurs bénéficiaires particuliers</b> (utilisée notamment par un adhérent souhaitant stipuler au profit de son neveu, en second, en cas du décès du neveu, de sa cousine...)</p> <p><b>Clause CLD06</b> En cas de décès : - Monsieur (ou Madame) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... - à défaut, Madame (ou Monsieur) (Nom, Nom de jeune fille le cas échéant, Prénoms, date et lieu de naissance avec code postal et pays, adresse actuelle avec code postal et pays) : ..... ..... - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>	<p><b>Petits enfants</b></p> <p><b>Clause CLD12</b> En cas de décès : - les petits-enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>
<p><b>Pacsé</b></p> <p><b>Clause CLD11</b> En cas de décès : - le partenaire de l'assuré lié par un PACS, - à défaut, les héritiers de l'assuré.</p>	



---

## FICHE CONNAISSANCE CLIENT

---

**Vu 403 - 12/10**

VOTRE CONSEILLER	N° d'apporteur .....
Nom : .....	Référence .....
S ..... <i>à compléter obligatoirement</i>	N° de client .....
N° de bordereau .....	

N° du contrat :

.....

L'Assurance Vie est une opération de long terme bien que l'épargne reste disponible. La durée recommandée pour un nouveau contrat est de 8 ans minimum. Il est donc conseillé de s'assurer de disposer de liquidités suffisantes pour faire face à des besoins financiers à court terme (Livrets,...). En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis à la législation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et notamment à une déclaration en cas de soupçon auprès du service TRACFIN. Dans le cadre de ces obligations légales, nous devons obtenir des informations précises relatives à votre identification, à l'objet et à la nature de la relation d'affaires (articles L 561-5 et L 561-6 du code monétaire et financier). En l'absence de communication par l'adhérent des informations et/ou des justificatifs nécessaires à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (identité de la personne ...) l'Assureur se réserve le droit de refuser toute opération, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier.

**IDENTIFICATION**

ADHERENT / SOUSCRIPTEUR																	
Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....																	
Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) : .....																	
Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :																	
EXPL. AGRI.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BATIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENTR. > 10 SAL.	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRI. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ETUDIANT ELEVÉ	RETRAITE	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

CO-ADHERENT / CO-SOUSCRIPTEUR																	
Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....																	
Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) : .....																	
Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) : <input type="checkbox"/> DIVERS																	
EXPL. AGRI.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BATIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENTR. > 10 SAL.	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRI. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ETUDIANT ELEVÉ	RETRAITE	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

REPRESENTANT / ADMINISTRATEUR DESIGNÉ :																	
Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....																	
Profession actuelle (si retraité, indiquer la dernière profession exercée et cocher Retraité ci-après) : .....																	
Catégorie socioprofessionnelle (cocher l'une des cases ci-dessous) :																	
EXPL. AGRI.	ENTR. INDUST.	PROF. DU BATIM.	PROF. DE L'AUTO	PROF. DU TRANSP.	CHEF ENTR. > 10 SAL.	COMM.	ARTIS.	PROF. LIB.		SECT. PUBLIC		AGRI. OU ANNEXE	SECT. PRIVÉ		ETUDIANT ELEVÉ	RETRAITE	SANS PROF. ET DIVERS
								SECT. MÉDIC.	AUTRES SECT.	CADRE	NON CADRE		CADRE	NON CADRE			

**Q1 • Situation financière**

Ma situation financière est la suivante :

- Tranches de revenus annuels du foyer fiscal :  de 0 à 20 000 €  de 20 000 à 40 000 €  de 40 000 à 100 000 €  
 de 100 000 à 150 000 €  de 150 000 à 300 000 €  > à 300 000 €

- Tranches de patrimoine du foyer fiscal :  de 0 à 10 000 €  de 10 000 à 50 000 €  de 50 000 à 300 000 €  
 de 300 000 à 1 000 000 €  de 1 000 000 à 2 000 000 €  > à 2 000 000 €

**Q2 • Identité du payeur de primes (si différent de(s) adhérent(s) / souscripteur(s))**

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : ...../...../.....

Profession actuelle (si retraité, indiquer "Retraité" et la dernière profession exercée) : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Nature, N°, date et lieu de délivrance de la pièce d'identité, autorité de délivrance : .....

**Q3 • Provenance et origine des fonds versés sur le contrat****• La provenance des fonds est la suivante :**France métropolitaine :  oui  non (préciser le pays ou la collectivité d'outre mer) .....**• L'origine des fonds est la suivante : (cocher une ou plusieurs cases et compléter les lignes correspondantes) :**

	Répartition
<input type="checkbox"/> Revenus	.....%
<input type="checkbox"/> Epargne / Placement (y compris réemploi de prestations issues d'un précédent contrat)	.....%
<input type="checkbox"/> Donation en date du : .....	.....%
<input type="checkbox"/> Héritage en date du : .....	.....%
Cession d'actifs : <input type="checkbox"/> Actifs professionnels en date du : .....	.....%
<input type="checkbox"/> Actifs immobiliers en date du : .....	.....%
<input type="checkbox"/> Actifs mobiliers en date du : .....	.....%
<input type="checkbox"/> Gains aux jeux en date du : .....	.....%
<input type="checkbox"/> Autres à préciser : .....en date du : .....	.....%
<i>(joindre un justificatif de l'origine des fonds)</i>	
	<b>100 %</b>

**Q4 • Objectif principal de l'opération (versements)**

L'objectif principal est de :

- Me constituer ou valoriser un capital     Transmettre un capital     Obtenir des revenus complémentaires  
 Préparer ma retraite     Protéger un proche     Me protéger contre la dépendance totale et constituer un capital

**Q5 • Bénéficiaire(s) de l'opération**

- La clause bénéficiaire n'écarte pas les héritiers réservataires.  
 La clause bénéficiaire écarte les héritiers réservataires suivants :     Les descendants     Le conjoint

• Nature des liens entre le(s) adhérent(s) / souscripteur(s) et le(s) bénéficiaire(s) : familial, affectif, professionnel, etc... :

**Q6 • Motivation de l'opération (en cas de rachats, avance, renonciation, modification clause bénéficiaire nominative et toutes opérations en présence d'un payeur différent de(s) adhérent(s) / souscripteur(s))**

.....

.....

Fait à ..... le .....

**Signature du conseiller**

## MODE D'EMPLOI DE LA FICHE CONNAISSANCE CLIENT

- 1) Utiliser ces questions pour optimiser la qualité de conseil patrimonial ou fiscal ;
- 2) **Compléter à chaque opération et dès le 1<sup>er</sup> euro la partie identification** (nom, prénom, date de naissance, profession et catégorie socio-professionnelle) **(y compris pour une renonciation sur un contrat avec épargne < 5 000 euros, l'arrêt de versements automatiques, une avance ou un rachat (partiel / total) < 5 000 euros, des revenus trimestriels sur un contrat avec épargne < 150 000 euros)** pour tous les intervenants au contrat (adhérent/souscripteur et éventuellement co-adhérent/co-souscripteur et représentant) ;
- 3) Répondre ensuite aux questions selon la nature et le montant de l'opération, conformément au tableau ci-dessous ;
- 4) Adresser la FICHE CONNAISSANCE CLIENT complétée et signée, après en avoir conservé une copie, à MMA pour contrôle et archivage, **que l'opération soit traitée sous P9 ou sous forme papier ;**
- 5) Joindre au recueil le scan de la FICHE CONNAISSANCE CLIENT complétée et signée, en cas de perte la délégation.

Opérations	Questions à renseigner					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
<b>Affaire Nouvelle, transfert entrant ou Versements automatiques (mise en place) dès le 1<sup>er</sup> euro</b> <b>Versement ultérieur ≥ 5 000 euros</b>	X <sup>(1)</sup>	X <sup>(2)</sup>	X	X	X	X <sup>(2)</sup>
<b>Versements automatiques (modification<sup>(3)</sup> hors arrêt) dès le 1<sup>er</sup> euro</b> <b>Versement ultérieur &lt; 5 000 euros</b>	X <sup>(1)</sup>	X <sup>(2)</sup>	X	X		X <sup>(2)</sup>
<b>Versement au titre du rachat d'années antérieures (produits Madelin et Agriculteur) dès le 1<sup>er</sup> euro</b>	X <sup>(1)</sup>	X <sup>(2)</sup>	X			X <sup>(2)</sup>
<b>Renonciation sur un contrat avec épargne ≥ 5 000 euros</b>						X
<b>Modification de clause bénéficiaire en présence d'une clause bénéficiaire nominative (CLD05 – CLD06 – CLD07 – CLD09 – CLD10) dès le 1<sup>er</sup> euro</b>					X	X
<b>Arbitrage dès le 1<sup>er</sup> euro</b>	X <sup>(1)</sup>					
<b>Avance ≥ 5 000 euros</b>	X <sup>(1)</sup>					X
<b>Remboursement du compte avance dès le 1<sup>er</sup> euro</b>	X <sup>(1)</sup>	X <sup>(2)</sup>	X			X <sup>(2)</sup>
<b>Rachat partiel ou Rachats partiels programmés (mise en place, modification<sup>(3)</sup>) ≥ 5 000 euros</b>	X <sup>(1)</sup>					X
<b>Revenus trimestriels (mise en place) sur un contrat avec épargne ≥ 150 000 euros</b>	X <sup>(1)</sup>					
<b>Rachat total ou transfert sortant ≥ 5 000 euros</b>						X
<b>Sortie en rente viagère dès le 1<sup>er</sup> euro</b>	X <sup>(1)</sup>				X	X

(1) Question facultative

(2) Question à renseigner EXCLUSIVEMENT en présence d'un payeur différent de(s) adhérent(s) / souscripteur(s)

(3) Modification : arrêt – changement de montant (hausse/baisse), de RIB ou de périodicité