

## CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE AFER EUROPE

ADHÉSION N°

Merci de compléter ce formulaire et de répondre à toutes les questions pour chaque versement

Page 1/2

Les informations ci-après sont recueillies en application de la loi du 18 septembre 2017 relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces.

### 1 L'ADHÉRENT(E)

Je soussigné(e)  Monsieur  Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....

À (ville, pays) : ..... Nationalité : .....

Adresse de résidence fiscale : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... E-mail : ..... Vie privée<sup>(2)</sup>  Oui  Non

Situation professionnelle (1 seul choix possible) :  Salarié(e)/Fonctionnaire  Indépendant  Pensionné(e)  Sans activité

Profession (dernière en cas de pensionné(e)) : .....

Code CSP<sup>(1)</sup> : ..... Secteur d'activité<sup>(1)</sup> : ..... Personne Politiquement Exposée<sup>(2)</sup> :  Oui  Non  Entourage proche

Si oui, fonction exercée : ..... Date de cessation (le cas échéant) / lien avec PPE : .....

(1) Cf. Annexe 1 « Nomenclatures CSP et Secteurs d'activité »

(2) Cf. Annexe 2 « Personne Politiquement Exposée, Vie privée »

### 2 VERSEMENT COMPLEMENTAIRE

En cas d'avance en cours, les fonds serviront en priorité à rembourser l'avance.

Montant du versement en euros : € ..... (Minimum € 150).

Le règlement sera effectué par virement sur le compte bancaire N° : BE76 6881 0046 2295 d'Abeille Vie auprès de Société Générale.

Pays de provenance du paiement (pays de résidence du payeur)

Belgique  Etranger (hors état ou territoire non coopératif)  Etat ou territoire non coopératif

Préciser l'origine, le montant et la date de la transaction de l'épargne investie **dès le 1<sup>er</sup> euro versé** :

(ex : comptes d'épargne, réception donation, héritage, vente de valeurs mobilières, vente d'un fonds de commerce etc.)

ORIGINE	MONTANT	DATE DE LA TRANSACTION (mois/année)
	€	
	€	
	€	

### 3 CHOIX D'INVESTISSEMENT

La répartition choisie sera effectuée après prélèvement des frais de versement et de la taxe sur le versement. Sans choix de répartition spécifique, votre versement sera intégralement investi dans le Fonds Garanti.

FONDS GARANTI	<input type="text"/>	%
AFER PATRIMOINE D	<input type="text"/>	%
AFER DIVERSIFIÉ DURABLE D	<input type="text"/>	%
AFER SFER D	<input type="text"/>	%
AFER OBLIG MONDE ENTREPRISES D	<input type="text"/>	%
AFER ACTIONS MONDE D	<input type="text"/>	%
AFER ACTIONS AMÉRIQUE D	<input type="text"/>	%
AFER MARCHÉS ÉMERGENTS D	<input type="text"/>	%
AFER ACTIONS EURO ISR D	<input type="text"/>	%

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Prospectus Simplifiés / DICI visés par l'autorité des marchés financiers des OPCVM que j'ai sélectionnés, auxquels étaient joints, s'il s'agit d'OPCVM nourriciers les Prospectus Simplifiés / DICI des OPCVM maîtres correspondants.

J'ai bien noté que je peux obtenir communication des derniers prospectus simplifiés / DICI des OPCVM éligibles au contrat sur simple demande à l'adresse postale de l'assureur ou sur le site internet [www.afer-europe.com](http://www.afer-europe.com)

Paraphe de l'adhérent(e) ou du mandataire



### 4 PAYEUR

- Le paiement est effectué à partir du compte bancaire de l'adhérent. *(Si oui, cochez et continuez à étape 5)*
- Le paiement est effectué par un tiers payeur **(uniquement autorisé pour les parents/grands-parents des enfants mineurs)**.

Identité et adresse du titulaire du compte à partir duquel est effectué le versement (seulement pour les tiers payeurs) :

Monsieur  Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....

À (ville, pays) : ..... Nationalité : .....

Situation professionnelle (1 seul choix possible) :  Salarié(e)/Fonctionnaire  Indépendant  Pensionné(e)  Sans activité

Profession (dernière en cas de pensionné(e)) : .....

Code CSP<sup>(1)</sup> : ..... Secteur d'activité<sup>(1)</sup> : ..... Personne Politiquement Exposée<sup>(2)</sup> :  Oui  Non  Entourage proche

Si oui, fonction exercée : ..... Date de cessation (le cas échéant) / lien avec PPE : .....

(1) Cf. Annexe 1 « Nomenclatures CSP et Secteurs d'activité » (2) Cf. Annexe 2 « Personne Politiquement Exposée, Vie privée »

### 5 PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR\*

- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité
- Une copie du relevé bancaire BIC/IBAN ou de la carte bancaire
- Une copie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois
- Formulaire Recueil de vos Exigences et de vos Besoins

En cas de versement par un tiers payeur (à joindre obligatoirement) :

- Une copie de la pièce d'identité du tiers payeur en cours de validité
- Un justificatif du lien de parenté avec l'adhérent

Dans le cadre de la réglementation en matière de lutte anti-blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, lors de l'examen du dossier et en dehors des cas susvisés, Abeille Vie peut, à tout moment, demander la communication de pièces complémentaires, par exemple :

- Une copie des justificatifs d'origine des fonds (précisions en annexe 3)

**\*Remarque :** Si les documents à fournir se trouvent déjà en possession d'Abeille Vie et sont toujours en cours de validité, il n'est pas nécessaire de les joindre à ce document. Le Recueil de vos Exigences et de vos Besoins est valable pendant cinq ans.

### 6 « Je certifie sur l'honneur que les fonds n'ont pas d'origine délictueuse ou criminelle au sens de la réglementation en matière douanière ou relative à la fraude fiscale ou à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme. »

«Je suis informé(e) que les données personnelles communiquées par mes soins à Abeille vie sont nécessaires pour traiter ma demande et assurer le respect des contraintes juridiques qui s'imposent à tout établissement financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. J'ai bien noté que les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées, et pas au-delà et que par ailleurs, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données me concernant dans le respect des dispositions relatives à la protection de la vie privée et plus particulièrement du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données) ».

#### Abeille Vie

Siège social : 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes - 732 020 805 RCS Nanterre  
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation  
Société anonyme de droit français, (Abeille Vie), apériteur  
Entreprise régie par le code français des assurances au capital de € 1 205 528 532,67  
Succursale belge : Avenue Louise 231, 1050 Bruxelles - RPM Bruxelles - BCE 808.167.178.

#### Abeille Epargne Retraite

Siège social : 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes - 378 741 722 RCS Nanterre  
Société anonyme de droit français, (Abeille Epargne Retraite)  
Entreprise régie par le code français des assurances au capital de € 553 879 451  
Succursale belge : Avenue Louise 231, 1050 Bruxelles - RPM Bruxelles -BCE 808.197.268.

J'adresse ma demande à :

**Abeille Vie Succursale Belge**  
**Avenue Louise 231 - 1050 Bruxelles**  
**Email : afer-europe@abeille-assurances.fr**  
**Tél : 02/627 47 00**

Fait à : ..... Date : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) ou du mandataire