



assurancevie.com

assurancevie.com est une filiale de JDHM Vie
Société par Actions Simplifiée au capital entièrement libéré de 2 200 000 euros
Société de Courtage en assurance de personnes immatriculée
au registre des intermédiaires en assurance
RCS Paris 478 594 351 - N° d'Orias 07 004 394
Siège social : 10 rue d'Uzès - 75002 Paris



GENERALI

Generali Vie, Société anonyme au capital de 336 872 976 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

Puissance Sélection

Contrat d'assurance sur la vie individuel libellé en euros et/ou en unités de compte Dynamiser mon épargne

Codes produits : **Durée Viagère** : E6901 - **Durée Déterminée** : E6902

Numéro de contrat _____ (obligatoire)

Souscripteur/Assuré

Co-Souscripteur/Co-Assuré

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

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance

Ville de naissance _____

Code postal de naissance

Pays de naissance _____

Profession _____

Téléphone

e-mail _____

☐ **Je change d'adresse**

Nouvelle adresse _____

Code postal Ville _____

Résidence fiscale* : ☐ France ☐ Union européenne

☐ Autre, préciser _____

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom _____

Prénom _____

Nom de naissance _____

Date de naissance

Ville de naissance _____

Code postal de naissance

Pays de naissance _____

Profession _____

Téléphone

e-mail _____

☐ **Je change d'adresse**

Nouvelle adresse _____

Code postal Ville _____

Résidence fiscale* : ☐ France ☐ Union européenne

☐ Autre, préciser _____

* En cas de changement d'adresse vers ou en provenance des États-Unis d'Amérique ou en cas de changement d'adresse et/ou de résidence fiscale vers ou en provenance d'un pays autre que la France, joindre obligatoirement le « Questionnaire FATCA/CRS-OCDE Personne Physique » dûment rempli et signé au présent Bulletin.

Transferts programmés

☐ J'opte pour des **transferts programmés** :

Cette option n'est pas compatible avec les options rachats partiels programmés, sécurisation des plus-values et dynamisation des plus-values. La valeur atteinte sur le fonds en euros Eurossima doit au moins être égale à 5 000 euros.

Périodicité et montant de l'arbitrage :

☐ Mensuelle : _____ € (minimum 150 euros)

☐ Trimestrielle : _____ € (minimum 150 euros)

Du fonds en euros Eurossima vers le(s) support(s) sélectionné(s) (libellé(s))

Code(s) ISIN

Pourcentage

_____%
_____%
_____%
_____%

Total de l'affectation

Paraphe(s)

Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s)/Assuré(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée
et remise en trois exemplaires identiques.

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Courtier - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur



* 0 1 4 6 7 *

Transferts programmés (suite)

- ☐ Je modifie mes **transferts programmés** :
- ☐ Nouveau montant : _____ €
- ☐ Nouvelle périodicité :
- ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle
- ☐ Nouvelle répartition de l'arbitrage sur mon contrat (j'indique la nouvelle répartition ci-dessus).
- ☐ Je mets fin à mes **transferts programmés**

Dynamisation des plus-values

- ☐ J'opte pour la **dynamisation des plus-values** :
- Cette option n'est pas compatible avec les options « versements libres programmés », « rachats partiels programmés », « transferts programmés » et « sécurisation des plus-values ». La valeur atteinte sur le fonds en euros Eurossima doit au moins être égale à 2 000 euros (avec un minimum par support de 100 euros à arbitrer).*

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

	Libellé(s)	Code(s) ISIN
☐ 1 ^{er} support :	_____	_____
☐ 2 ^e support :	_____	_____
☐ 3 ^e support :	_____	_____

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

- ☐ Je modifie le(s) support(s) de **dynamisation des plus-values** (j'indique les supports ci-dessus)
- ☐ Je remets en place l'option **dynamisation des plus-values**, telle qu'elle était avant mon dernier acte de gestion (arbitrage, rachat)
- ☐ Je mets fin à l'option **dynamisation des plus-values**

Signature(s)

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, 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 Courtier 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 prendait à sa charge le risque lié à la variation des cours de chacun de ceux qu'il a souscrits.

Fait à _____,
le _____

**Signature
du Souscripteur/Assuré**

**Signature
du Co-Souscripteur/Co-Assuré**

Données personnelles du Souscripteur :

Pour toute information sur le traitement des données du Souscripteur et sur ses droits, Generali Vie l'invite à consulter l'annexe 1 « Information sur le traitement de vos données personnelles » figurant dans la Note d'information valant Conditions générales du contrat ou sur le site www.assurancevie.com.

Numéro du contrat _____	(obligatoire)
Nom du Souscripteur _____	Nom du Co-Souscripteur _____
Prénom du Souscripteur _____	Prénom du Co-Souscripteur _____
Date de naissance _____	Date de naissance _____

**Ce feuillet fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s)/Assuré(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version, imprimée
et remise en trois exemplaires identiques.**



* 0 1 4 6 7 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Courtier - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur/Co-Souscripteur