Document d'entrée en relation
Fiche Client

Le présent document est à remplir préalablement à la conclusion d'un contrat d'assurance vie. La législation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme impose de recueillir des informations précises relatives à votre identité, à votre situation financière et patrimoniale ainsi qu'à l'objet et à la nature de vos opérations, en application de l'article L.561-2 et suivants du Code monétaire et financier. Le présent document vise également à permettre à votre intermédiaire de remplir ses obligations de conseil et d'information prévues aux articles L.521-2, R.521-1 et -2 du Code des assurances. Il retrace notre dialogue et nos échanges et nous a permis ensemble de préciser votre situation personnelle, professionnelle et familiale, vos souhaits et objectifs en matière de prévoyance, mettre en évidence l'adéquation de notre offre, telle que nous l'adapterons ensemble à votre situation. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation et des besoins que vous avez exprimés et retranscrits ci-après. **Vos réponses sont essentielles puisqu'elles servent de fondement commun à nos échanges, à notre réflexion et à l'offre proposée. À défaut, l'appréciation de votre situation ne pourrait être que partielle et remettre en question la qualité de notre conseil.**

Qui sommes nous

Dénomination Sociale : SA MARBRERIE MARNAISE CAMILLE BOITEUX

Appellation commerciale (si différente de la dénomination sociale) :

RCS (Ville) : CHALONS-EN-CHAMPAGNE SIREN : 736520156

Forme juridique : SOCIETE ANONYME

Adresse complète du siège social : VOIE DE LA BIDÉE 51000 CHALONS-EN-CHAMPAGNE

Adresse professionnelle complète si différente du siège social : 14 RUE BLANCHE DE NAVARRE 51130 BLANCS-COTEAUX

N° ORIAS (vérifiable sur www.orias.fr) : 07036888

Inscrit à l'ORIAS en tant que mandataire d'intermédiaire d'assurance (MIA) sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 (www.acpr-banque-france.fr).

Le mandataire d'intermédiaire d'assurance exerce son activité conformément aux dispositions de l'article R 511-2 du code des assurances dans le cadre d'un mandat d'intermédiaire d'assurance sans exclusivité conclu avec la société de courtage désignée ci-dessous. Il exerce en application des dispositions de l'article L 521-2 II 1°b du code des assurances et communique au client les entreprises d'assurance avec lesquelles il travaille : AFI ESCA (à compléter le cas échéant)

En relation avec ce contrat, il travaille sur la base d'une commission correspondant aux frais d'intermédiation rétrocédés en tout ou partie sous réserve d'une quelconque intervention du courtier. En outre, notre mandant peut nous rétrocéder une partie des commissions qu'elle perçoit de la part des compagnies d'assurances qui placent et gèrent votre produit d'assurance où tout autre type de rémunération.

Toute réclamation concernant notre activité d'intermédiation en assurance devra être adressée par écrit au siège social dont l'adresse figure ci-dessus. Vous pouvez également vous adresser au médiateur de la consommation de la branche concernée.

Identification du courtier

JPV Assurances, SAS au capital de 25 000 euros dont le siège social est route du petit Floyon 59219 FLOYON.

Garantie financière et Responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances, immatriculée au RCS de Valenciennes sous le numéro 449 927 763 code APE 6622Z, inscrite à l'ORIAS www.orias.fr dans la catégorie « Courtier d'assurances » sous le numéro 07008036, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr-banque-france.fr). JPV Assurances exerce l'intermédiation selon les conditions mentionnées à l'article L.521-2 II 1° b du Code des assurances et travaille avec AFI ESCA, Swiss Life Assurances et Patrimoine, AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.

En relation avec ce contrat nous travaillons sur la base d'une commission et d'honoraires rétrocédés en tout ou partie. En cas de réclamation vous pouvez adresser votre demande écrite au service de réclamation de JPV Assurances - BP 40096 - 59362 AVESNES SUR HELPE Cedex ou par mail à reclamation@jpvassurances.com.

Vous pouvez vous adresser au Médiateur : CNPM - Médiation de la consommation : https://cnpm-mediation-consommation.eu ou par voie postale à CNPM - Médiation - Consommation 27 Avenue de la Libération - 42400 Saint-Chamond.

Protection des données personnelles

Les distributeurs d'assurance devront collecter des données à caractère personnel dès l'entrée en relation. Ces informations seront enregistrées dans un fichier informatisé par JPV Assurances, elles sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance. Elles pourront être communiquées aux personnes intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. Ces informations personnelles seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle et/ou commerciale ainsi que pendant une durée complémentaire rendue indispensable par les obligations réglementaires variable selon la nature des données.

Pendant cette période, JPV Assurances mettra en place les moyens nécessaires pour assurer la confidentialité et la sécurité des données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement effacement ou accès par des tiers non autorisés. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, applicable depuis le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en écrivant à JPV Assurances - BP 40096 - 59362 AVESNES SUR HELPE Cedex. Vous pouvez également introduire une réclamation au sujet du traitement de vos données auprès de la CNIL. En signant le présent Document d'entrée en Relation / Fiche Client, vous acceptez que les informations communiquées soient exploitées dans le cadre de la demande d'assurance et de la relation commerciale qui peut en découler.

Fiche Client

Identification du souscripteur

Nom : Prénom : Nom de naissance :
Date de naissance : Ville de naissance :
Pays de naissance : Nationalité :
Êtes-vous une PPE ? Une PPE est une personne politiquement exposée à des risques particuliers en raison de ses fonctions. Il s'agit d'une personne qui exerce ou a exercé une haute fonction publique. ☐ Oui ☐ Non
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Adresse mail :
Lien avec l'assuré si différent du souscripteur :
Date de naissance de l'assuré si différent du souscripteur :
Situation personnelle : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)
Régime de protection : Si vous bénéficiez d'un régime de protection, cochez la case correspondante :
☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐ Autre : _____
Nombre d'enfants : _____ Nombre de personnes à charge : _____ Âge de départ à la retraite : _____
Profession (ancienne profession si retraité(e)) : _____

⇨ **Revenus et patrimoine :**

Budget mensuel disponible : ○ inf. à 100€ ○ 100 à 200€ ○ 200 à 300€ ○ sup. à 300€ ○ Ne souhaite pas répondre

Estimation du patrimoine : ○ inf. à 650 K€ ○ 650 K à 1.3 M€ ○ sup. à 1.3M€ ○ Ne souhaite pas répondre

⇨ **Connaissance et expérience des marchés financiers :**

Connaissance : ○ Faible ○ Moyenne ○ Elevée Expérience : ○ Faible ○ Moyenne ○ Elevée

En cas de réponse «Faible» ou «Moyenne» s'assurer que le souscripteur comprenne le fonctionnement du contrat envisagé (expliquer différence Epargne/Prévoyance notamment)

Informations destinées au client

Le client s'adresse à nous afin de prévoir le financement des frais liés aux obsèques. Il est précisé ce qui suit :

⇨ **Objet du contrat :** Le type de contrat que nous proposons permet uniquement de financer les frais liés au décès de l'assuré, le montant du capital décès ne peut être employé à d'autres fins que le financement des frais funéraires.

⇨ **Modalités de règlement du capital décès :** Toute demande de règlement doit être accompagnée des pièces suivantes : originaux des Conditions particulières et des avenants éventuels, un extrait de l'acte de décès de l'Assuré, pour la formule prévoyance, en cas de décès au cours de la première année suivant la date d'effet du contrat, l'imprimé spécifique transmis par la compagnie (Déclaration confidentielle de décès), dûment complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, la facture des frais d'obsèques émanant de la société de Pompes Funèbres ayant pris en charge l'organisation des obsèques, précisant si elle a été acquittée ou non, concernant les Bénéficiaires de second rang : un document officiel d'identité et éventuellement (si le Bénéficiaire n'est pas nommément désigné), un certificat d'hérédité ou un acte de notoriété, toutes autres pièces pouvant être exigées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Dès réception de l'ensemble de ces éléments, la compagnie d'assurances règle les sommes dues dans le délai maximum de 10 jours. L'Assureur ne s'engage que sur le versement d'un capital, ce dernier étant susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

⇨ **Bénéficiaire(s) :**
Afin d'éviter toute avance de frais par la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, il est possible de désigner l'entreprise de Pompes Funèbres de votre choix comme bénéficiaire. S'il subsiste un solde supérieur à 60 € après désintéressement de l'entreprise de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques ou de la personne ayant fait l'avance de frais en cas de défaillance de l'entreprise de Pompes Funèbres, un ou plusieurs bénéficiaires de second rang peuvent être désignés, le client est également averti qu'à défaut de désignation, le capital sera versé au conjoint/partenaire de PACS de l'assuré, à défaut aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, ou aux héritiers légaux de l'assuré.
En fonction de la situation familiale du client ou de certains de ses besoins, cela peut nécessiter de rédiger avec soin cette clause.

⇨ **Exclusions :** Le client est informé des événements exclus de la garantie accordée par l'Assureur à savoir le suicide pendant la première année qui suit l'entrée en vigueur du contrat, les risques atomiques, le risque de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'actes de terrorisme. Pour les évènements exclus, seule la provision mathématique (valeur de l'épargne acquise) est versée.

DER/FC 062024

⇨ **Les mécanismes des formules proposées :**
- Formule Prévoyance : Elle permet de garantir un capital décès dès la prise d'effet des garanties (sous réserve de l'encaissement effectif des fonds) (attention aux réticences et fausse déclaration intentionnelle).
- Formule Epargne : Elle permet de se constituer une Epargne en fonction des sommes versées diminués des frais. (cf. partie relative aux coûts - valeur de rachat).

Le client est également informé qu'il est possible de faire prélever les sommes nécessaires au paiement de tout ou partie des frais funéraires sur les comptes du défunt conformément aux dispositions de l'artcile L312-1-4 du code monétaire et financier, et qu'afin déviter le risque de déshérence des garanties souscrites nous lui recommandons d'informer ses proches de l'existence du contrat obsèques.
Nous attirons également l'attention du client sur les frais contractuels applicables au contrat envisagé décrits ci-après, les frais d'intermédiation et sur le fait que le cumul des primes est susceptible d'être supérieur au capital garanti. Plus la périodicité est longue, plus le coût de l'assurance peut être important.

Coûts - Valeur de rachat

⇨ **Frais contractuels :**

•**Frais à l'entrée et sur versements :** Le montant des frais à l'entrée et sur versements mis à la charge de l'intéressé au cours d'une année donnée ne saurait excéder 5% du montant des primes versées cette même année.

-Pour la formule épargne : frais d'acquisition égaux au maximum à 5 % des sommes versées.
-Pour la formule prévoyance : frais de distribution égaux au maximum à 5 % des primes.

•**Frais en cours de vie du contrat (cf. encadré "Principales caractéristiques de la Note d'information / conditions générales) :**
-Pour la formule épargne : frais de gestion de 1,6% prélevés chaque année sur l'épargne gérée.
-Pour la formule prévoyance :
• Pour les primes périodiques : frais de gestion inclus dans les primes égaux à 0,30 % du capital garanti par année de durée du contrat, et de 1,05 % de ce capital par année de paiement des primes.
• Pour les primes uniques : frais de gestion inclus dans les primes égaux à 0,20 % du capital garanti et 1% prélevés chaque année sur la provision mathématique du contrat.

⇨ **Rachat** (article "Rachat" des conditions générales) : À tout moment, le Souscripteur peut mettre fin à son contrat et demander le paiement de la valeur disponible de son épargne (valeur de rachat). Il lui suffit d'adresser un courrier signé au Service Obsèques d'AFI ESCA - CS 30441 - 67008 Strasbourg Cedex, accompagné d'une copie de sa carte nationale d'identité, de l'original des Conditions particulières et de ses avenants éventuels, et précisant le mode d'imposition de la plus-value éventuelle. Le règlement est effectué dans le mois suivant la réception de la demande.

•**Frais de sortie :** Pour la formule prévoyance uniquement : la valeur de rachat correspond à la provision mathématique diminuée des frais de rachat. Ces frais sont égaux à 5 % au cours de la première année suivant la date d'effet du contrat ; le taux diminue ensuite de 0,5 % par année écoulée. À partir de la 10ème année, aucuns frais ne sont appliqués. La valeur de rachat évolue au cours du temps sous l'effet de la revalorisation du capital garanti liée à la participation aux bénéfices. Les valeurs de rachat minimum garanties à la fin des 8 premières années figurent sur les Conditions particulières adressées au Souscripteur. Un exemple de calcul de valeurs de rachat figure ci-dessous.
Pour la formule Epargne : la valeur de rachat correspond à l'épargne constituée par la capitalisation des versements effectués (nets de frais et hors prime assistance), revalorisée conformément à l'article 11, évaluée au jour de la réception de la demande.

Les valeurs de rachat personnalisées sont disponibles lors de l'édition de la simulation.

Exemples de valeurs de rachat garanties sur la base d'un taux technique de 1,00 % au terme des huit premières années pour un capital de 1 000 €.
Formule Prévoyance une Tête - Assuré de 65 ans à la souscription - Durée de paiement 6 ans -Prime annuelle : 185,37 € (hors assistance).

Année	1	2	3	4	5	6	7	8
Valeur de rachat (en €)	137,76	279,69	426,32	578,23	736,16	900,97	909,30	917,60
Cumul des primes (en € et hors assistance)	185,37	370,74	556,91	741,48	926,85	1112,22	1112,22	1112,22

⇨ **Frais d'intermédiation :** Egaux à 250 euros maximum en sus des frais d'entrée.

Recueil des besoins et exigences

Avez-vous déjà souscrit un contrat en prévision de vos Obsèques ou pour l'un de vos proches ?

☐ Oui ☐ Non

En cas de réponse positive, merci de bien vouloir indiquer le montant alloué : _____ €

Souhaitez-vous prévoir le financement de vos Obsèques ou pour l'un de vos proches ?

☐ Oui ☐ Non

Quel montant de capital vous semble le plus adapté pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques ?

_____ €

TEST D'ADAPTATION DE LA FORMULE

	Formule Prévoyance	Formule Epargne	
☐	Je souhaite un capital garanti dès l'origine quelle que soit la date de mon décès	Je souhaite une Épargne se constituant en fonction de mes versements	☐
☐	Je souhaite pouvoir opter pour le doublement du capital en cas de décès accidentel	Je ne souhaite pas pouvoir opter pour le doublement du capital en cas de décès accidentel	☐
	Prime Unique		
☐	J'ai moins de 90 ans et je souhaite régler en une seule fois	J'ai plus de 90 ans et je souhaite régler en une seule fois	☐
☐	Je ne souhaite pas pouvoir modifier le capital garanti à tout moment	Je souhaite pouvoir modifier le capital à tout moment	☐
☐	Je ne souhaite pas pouvoir faire de rachat partiel	Je souhaite pouvoir faire des rachats partiels	☐
☐	Je souhaite faire progresser mon capital sans effectuer de versements complémentaires (option progression du capital)	Je souhaite pouvoir faire progresser mon capital en pouvant programmer des versements complémentaires	☐
	Primes périodiques temporaires		
☐	J'ai moins de 85 ans et je souhaite payer en plusieurs fois	J'ai plus de 85 ans et je souhaite payer en plusieurs fois	☐
☐	Je souhaite garantir une progression de mon capital (Option)	Je souhaite pouvoir augmenter mon capital disponible à tout moment	☐
☐	Je ne souhaite pas pouvoir faire de rachat partiel	Je souhaite pouvoir faire des rachats partiels	☐
	Montant de la cotisation mensuelle souhaitée ? _____€		
	Le nombre de réponses positives dans chaque colonne (Formule Prévoyance/Formule Epargne) détermine la formule la plus adaptée à vos besoins		
	Nombre de croix contenues dans chaque colonne		

Souhaitez-vous une garantie rapatriement de corps ? ☐ Oui ☐ Non

⇨ **Avez-vous des besoins supplémentaires :**

Désignation du/des bénéficiaires :

Nous vous rappellons l'importance de la rédaction de la clause bénéficiaire; ainsi, nous vous invitons à nous confier vos souhaits concernant les bénéficiaires de 1er rang et de 2nd rang. Nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de tutelle ou de curatelle, le tuteur ou le curateur du souscripteur ne peut pas être désigné en tant que tel (Art. L132-4-1 du code des assurances).

Souhaitez-vous que notre entreprise soit désignée comme bénéficiaire 1er rang ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

En cas de réponse négative indiquer les coordonnées de la personne qui devra prendre en charge les frais funéraires et qui pourra en obtenir le remboursement sur présentation d'une facture acquittée par elle (Nom, Prénom, date et lieu de naissance, adresse complète : _____

Bénéficiaire de 2nd rang : Les bénéficiaires de 2nd rang pourront prétendre à un versement s'il subsiste un solde supérieur à 60 € après désintéressement de la société de Pompes funèbres ayant organisé les obsèques ou de la personne ayant fait l'avance de frais en cas de défaillance de la société de Pompes funèbres, ou en cas de carence de la personne physique désignée comme bénéficiaire de premier rang. En cas de solde égal ou inférieur à 60 €, celui-ci sera versé à l'association reconnue d'utilité publique désignée par l'assureur pour l'année en cours. A défaut de désignation, le capital sera versé au conjoint/partenaire de PACS de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers légaux de l'Assuré. Nous vous invitons à désigner un ou plusieurs bénéficiaires de 2nd rang en nous indiquant l'identité, la date, le lieu de naissance de chaque bénéficiaire de 2nd rang ainsi que la quotité en cas de pluralité :

Notre conseil

Détermination du capital à garantir : _____€

Compte tenu des besoins que vous avez exprimés et du test d'adaptation de la formule ci-dessus, nous vous proposons le contrat : _____ en formule : _____ sous forme de versement(s) : _____ sur une durée de (si primes périodiques ou versements programmés) _____an(s).
Montant de la prime unique ou de l'échéance : _____€. En cas de versements périodiques, montant cumulé susceptible d'être versé (montant de l'échéance x périodicité x durée) _____ €
Frais d'intermédiation : _____€ en sus à établir à l'ordre de JPV Assurances (chèque, virement, prélèvement).
Ce contrat permet de garantir le règlement d'un capital en cas de décès de l'assuré dans les conditions indiquées aux conditions générales jointes.
Le contrat d'assurance proposé dans les conditions et modalités retenues dans la Demande de souscription constitue une solution au regard de la situation du souscripteur éventuel, des besoins qu'il a exprimés ci-dessus repris.

⇨ **Déclarations supplémentaires :**

Votre choix

Votre choix :
- ☐ Je souhaite y réfléchir
- ☐ J'accepte la recommandation formulée
- ☐ Je fais un autre choix : indiquer le contrat et la formule :

_____

Déclarations complémentaires :

Je soussigné(e) Nom et Prénom du souscripteur :
-Déclare que les informations qui ont servi de base à l'établissement du présent document sont sincères et exactes.
-Dégage toute responsabilité de l'intermédiaire dans le cas où je n'ai pas souhaité suivre le conseil donné ci-dessus.
-Déclare avoir reçu les documents d'information clés, les conditions générales du contrat proposé soit sous forme dématérialisée soit en version papier et être informé que je peux obtenir à tout moment une version papier des documents avant la signature de la demande de souscription du contrat.

Fait en 2 exemplaires (dont un remis au client) à , le

Signature du souscripteur | Signature de l'intermédiaire