helvetia
Votre assureur suisse

QUESTIONNAIRE KYC
FORMULAIRE DE CONNAISSANCE CLIENTÈLE - LCB-FT

Le respect des lois et règlements de la France et de l'Union européenne relatifs à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (LCB-FT) est une priorité absolue pour l'assureur. Par conséquent, l'assureur doit procéder à des vérifications et à des contrôles obligatoires en lien avec la connaissance de la clientèle. Nous vous remercions par avance de votre coopération et de votre compréhension en remplissant les champs ci-dessous.

Des informations complémentaires et des pièces justificatives pourront vous être demandées en fonction des réponses apportées ainsi que tout au long de la vie du contrat d'assurance (par exemple au moment du règlement du sinistre), afin de se conformer à ces exigences légales et réglementaires.

Preneur d'assurance

Personne physique

Nom :

Prénoms :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance (ville et pays) :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Si personne physique, passez ensuite directement à la section « Personne Politiquement Exposée ».

Personne morale : société commerciale

Dénomination sociale :

Numéro d'immatriculation :

Forme juridique (SARL, SA, etc...) :

Adresse du siège social (et du lieu de direction effective de l'activité si différent) :

Code postal : Ville :

Le preneur d'assurance est-il coté en bourse ou détenu à plus de 75 % par une société cotée ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle bourse et quelle société le cas échéant ?

Personne morale : association, établissement public et collectivité territoriale

Nom complet :

Numéro d'immatriculation RCS ou RNA :

Forme juridique (association, collectivité territoriale, etc...) :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

helvetia
Votre assureur suisse

Représentant légal

Veuillez fournir ci-dessous les détails relatifs à la personne physique ayant le pouvoir de représenter et d'agir régulièrement au nom et pour le compte du preneur d'assurance, en vertu de la loi, des statuts de la société (ou équivalent) ou d'une délégation de pouvoir. Si le représentant légal est une personne morale, veuillez fournir ci-dessous les informations relatives au bénéficiaire effectif de cette personne morale.

Nom	Prénoms	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lieu de naissance (ville et pays)	Statut / Rôle de la personne morale

Veuillez fournir une copie d'un extrait à jour du registre du commerce (extrait Kbis) ou d'une source officielle similaire (ou bien un certificat de constitution ou les statuts de la société ou les articles/mémorandum d'association ou une procuration ou tout autre document à l'appui de la base juridique de l'autorité du représentant légal).

Bénéficiaire effectif

Les bénéficiaires effectifs d'une personne morale sont les personnes physiques qui contrôlent en dernier ressort cette personne morale (i) en détenant, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital social ou des droits de vote de la société ou (ii) en exerçant, par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle sur la société. Si aucune personne physique ne peut être qualifiée de bénéficiaire effectif selon ces critères, le représentant légal du preneur d'assurance sera indiqué comme bénéficiaire effectif.

Motif de désignation du bénéficiaire effectif (détention, contrôle ou représentant légal)	Nom	Prénoms	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lieu de naissance (ville et pays)	Pays de résidence	Pourcentage du capital / droits de vote (y compris indirects) - si applicable

Personne Politiquement Exposée[1]

Êtes-vous vous-même, ou bien le représentant légal et/ou l'un des bénéficiaires effectifs une PPE ou bien proche d'une PPE (membre de la famille ou associé proche) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez également fournir les détails ci-dessous concernant la PPE :

Nom	Prénoms	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lieu de naissance (ville et pays)

helvetia
Votre assureur suisse

Documents à fournir (pour les organismes non répertoriés au RCS)

- Copie d'un document officiel prouvant l'existence légale de l'organisme (ex : extrait INSEE)
- Copie d'un justificatif de domicile de l'organisme
- Copie de la pièce d'identité du représentant légal
- Lettre de désignation ou décret de nomination
- Statuts ou équivalent (si applicables)

Signé pour et au nom du preneur d'assurance par :

Nom et prénoms :

Focntion :

Fait le : à :

Signature:

[1] Personne Politiquement Exposée

Il s'agit d'une personne exposée à des risques particuliers de blanchiment, de corruption etc. en raison de ses fonctions (politiques, juridictionnelles ou administratives) et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- Directeur, directeur adjoint, membre du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.