



Cadre réservé à la compagnie

N° d'encaissement :

FAI N° :

CA :

## Privilège Gestion Active

Proposition d'assurance C 642 n° 39549

Veillez à ce que les renseignements donnés soient clairs et complets. Complétez les informations en lettres capitales.

### Souscripteur et assuré

#### Souscripteur et assuré

Autre contrat Fortis Assurances : Oui ☐ Non ☐

Si oui n° client

M. ☒ Mme ☐ Mlle ☐ Nom **BRIARD**

Prénom 1 **RENAUD**

Prénom 2

Date de naissance **19 07 1978** à **Toulouse**

Département **31** Pays (pour l'étranger)

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)

Prénoms du mari

Adresse (bâtiment, escalier, résidence...)

N° et libellé de la voie **65 Rue Neslay**

Code postal **75003** Commune **PARIS**

Pays (pour l'étranger)

Tél. dom. Tél. prof.

Tél. portable **06 86 58 53 35** Fax

E-mail **renaud\_briard@yahoo.fr**

Adresse fiscale (si différente)

Code postal **75003** Commune **PARIS**

Pays (pour l'étranger)

Profession et fonction **Consultant**

CSP<sup>(a)</sup> Secteur d'activité

Salarié cadre ☒ Salarié non cadre ☐ TNS<sup>(a)</sup> ☐

Si TNS, n° Siret

Date de clôture du bilan

Situation de famille : Célibataire ☒ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Divorcé(e) ☐ Union libre ☐ Pacsé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

Le souscripteur est-il assujéti à l'ISF ? Oui ☐ Non ☐

Pièce d'identité : ☒ Carte nationale d'identité ☐ Passeport

☐ Carte de séjour

Joindre une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité.

#### Co-souscripteur et co-assuré (1)

Autre contrat Fortis Assurances : Oui ☐ Non ☐

Si oui n° client

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom

Prénom 1

Prénom 2

Date de naissance à

Pays (pour l'étranger)

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)

Tél. prof.

Tél. portable Fax

E-mail

Profession et fonction

CSP<sup>(a)</sup> Secteur d'activité

Salarié cadre ☐ Salarié non cadre ☐ TNS<sup>(a)</sup> ☐

Si TNS, n° Siret

Date de clôture du bilan

Pièce d'identité : ☐ Carte nationale d'identité ☐ Passeport

☐ Carte de séjour

Joindre une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité.

Le co-souscripteur déclare être domicilié à la même adresse que le souscripteur pour l'exécution du contrat dont la souscription est demandée. Toutes notifications qui seront effectuées par l'assureur le seront valablement à cette adresse en un seul exemplaire et seront opposables tant au souscripteur qu'au co-souscripteur.

(1) Attention : la co-souscription du présent contrat n'est possible que pour des époux mariés sous le régime de la communauté universelle avec clause d'attribution intégrale au conjoint survivant (joindre une copie du contrat de mariage). Le dénouement du contrat en cas de décès n'a lieu dans ce cas qu'au décès du souscripteur survivant.

(\*) Ne communiquez cette information que si vous acceptez de recevoir nos offres commerciales ou celles de nos partenaires.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, la communication de votre adresse e-mail est facultative. Elle est destinée à Fortis Assurances ainsi qu'à ses partenaires commerciaux, afin de vous proposer des offres, sauf opposition de votre part. Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification de vos données nominatives sur demande écrite auprès de notre correspondant Informatique et Libertés, 1 rue Blanche - 75440 Paris Cedex 09.

<sup>(a)</sup> Catégorie socioprofessionnelle

<sup>(a)</sup> Travailleur Non Salarier

### Bénéficiaires (suite)

En cas de co-souscription	En cas de décès du conjoint survivant
<p>Le conjoint survivant a le droit de continuer à bénéficier de la prestation de la CNAV, à condition d'être âgé de moins de 65 ans et d'être titulaire d'un contrat d'assurance maladie.</p> <p>Le conjoint survivant a le droit de continuer à bénéficier de la prestation de la CNAV, à condition d'être âgé de moins de 65 ans et d'être titulaire d'un contrat d'assurance maladie.</p>	<p>Le conjoint survivant a le droit de continuer à bénéficier de la prestation de la CNAV, à condition d'être âgé de moins de 65 ans et d'être titulaire d'un contrat d'assurance maladie.</p> <p>Le conjoint survivant a le droit de continuer à bénéficier de la prestation de la CNAV, à condition d'être âgé de moins de 65 ans et d'être titulaire d'un contrat d'assurance maladie.</p>

☐ Autre désignation (nom, prénom) : .....

☐ Les co-souscripteurs déclarent avoir désigné le ou les bénéficiaire(s) par acte authentique reçu par Maître .....

..... Notaire à (adresse) .....

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, les co-sci-

.....

**Recu de premier versement**

Ce versement comprend :

- Un versement libre de : ..... 1567,50... euros

La présente demande de souscription tient lieu de reçu de premier versement pour la somme inscrite ci-dessus.

Mode de paiement : ☒ Chèque postal      ☐ Chèque bancaire

**Déclarations du souscripteur et assuré, du co-souscripteur et co-assuré**

- la reconnaissance avoir reçu un exemplaire de la présente proposition d'assurance, de la note d'information, qui lui ont été remis par la compagnie,

le déclare expressément accepter les clauses et conditions qu'il y sont énoncées, et le reconnaît être informé qu'il ne peut en aucun cas se faire rembourser les supports créés.

Si je ne les avais pas reçues dans un délai de 2 mois à compter de la présente proposition

Il n'existe pas pour ce contrat de valeurs de rachet minimales exprimées en euros ou en devises sauf si les primes ont été

[illegible]

Assurances et renoncer à mon contrat Privilège Gestion Active souscrit le ..... Le numéro de ma proposition est ..... Le numéro des conditions particulières de mon contrat est ..... Mon premier virement a été effectué le ..... (à compléter) ..... Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes que j'ai versées (à compléter) ..... dans les 30 jours suivant la réception de la présente lettre.

Je reconnais ainsi avoir pris pleinement connaissance de l'ensemble de ces informations et, notamment, de mon droit de rétractation dans les conditions ci-dessus.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées. Fait à ..... le ..... Signature : .....

Précédés de la mention "lu et approuvé"

*[Signature]*

lu et approuvé

Handwritten signature: *[Illegible]*

En vertu de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et Libertés », nous vous informons que la réputation que vous avez acquise par vos publications est susceptible d'être atteinte par la diffusion de données collectées sur l'objet de traitements automatisés et jointes à la communication.

[illegible]

**Fortis Assurances** Siège social : 1, rue Blanche - 75009 Paris - Téléphone : +33 (0)1 49 70 17 17 - Fax : +33 (0)1 48 78 24 97  
Fortis Assurances is a member of the Fortis Group of companies. S.A. registered at 130 724 493 088 EIRL 5 5 5 5. Bourse 359 104 157 (35 650) 4

Je soussigné Mme ☐ , Mlle ☐ , Mr ☒ Nom : BRIARD Prénom : Renard  
Nom du produit : Privilège Gestion Activa N° Contrat : \_\_\_\_\_ FORTIS

Je souhaite répartir mon versement programmé de : 200 Euros  
ou Mon versement libre : 1500 Euros  
ou Le montant du transfert : \_\_\_\_\_ Euros

<b>Valeurs Françaises</b>		<b>Fonds Emergents</b>	
Tricolore rendement	..... %	Carmignac Emergents	<u>34</u> %
Richelieu France	..... %		
<b>Valeurs Européennes</b>		<b>Monogestion Sectorielles</b>	
Cpr Europe nouvelle	..... %	Carmignac réactif 100	..... %
		Aks opportunités ( R valor)	..... %
<b>Valeurs Mondiales</b>		Performance Environnement	<u>33</u> %
Tocqueville Value Amerique	..... %	Axa Aedificandi	..... %
Hsbc Gif Brazil Equity Fund	..... %		
Hsbc Gif Indian Equity fund	<u>33</u> %	<b>Fonds Structurés</b>	
Échiquier japon	..... %	Optimiz 8%	..... %
Dnca Evolutif	..... %		..... %
		<b>Fonds Euros et sécuritaires</b>	
		Eurose	..... %
		Fortis €	..... %
		<b>Total</b>	<b>100%</b>

Je reconnais avoir reçu les notices d'information ou prospectus simplifiés concernant les supports sélectionnés.

A Paris le 18/04/2008

Signature du souscripteur



Je soussigné Mme ☐, Mlle ☐, Mr ☒ Nom : BRIARD Prénom : Remond  
Nom du produit : Privilège Gestion Active N° Contrat : \_\_\_\_\_ FORTIS

Je souhaite répartir mon versement programmé de : 200 Euros  
ou Mon versement libre : 1500 Euros  
ou Le montant du transfert : \_\_\_\_\_ Euros

<b>Valeurs Françaises</b>			<b>Fonds Emergents</b>		
Tricolore rendement	..... %		Carmignac Emergents	.....	<u>34</u> %
Richelieu France	..... %				
<b>Valeurs Européennes</b>			<b>Monogestion Sectorielles</b>		
Cpr Europe nouvelle	..... %		Carmignac réactif 100	.....	%
			Aks opportunités ( R valor)	.....	%
			Performance Environnement	.....	<u>33</u> %
<b>Valeurs Mondiales</b>			Axa Aedificandi	.....	%
Tocqueville Value Amerique	..... %				
Hsbc Gif Brazil Equity Fund	..... %		<b>Fonds Structures</b>		
Hsbc Gif Indian Equity fund	..... <u>33</u> %		Optimiz 8%	.....	%
Échiquier japon	..... %				%
Dnca Evolutif	..... %		<b>Fonds euros et sécuritaires</b>		
			Eurose	.....	%
			Fortis €	.....	%
Total					100%

Je reconnais avoir reçu les notices d'information ou prospectus simplifiés concernant les supports sélectionnés.

A Paris le 18/04/2008

Signature du souscripteur



**RIB - Relevé d'Identité Bancaire / IBAN**

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations sur votre compte (virements, prélèvements, etc...).

This statement is intended to be delivered to those of your creditors or debtors who have transactions posted to your account (credit transfers, invoice payments, etc...).

**RIB - Identifiant National de Compte****Domiciliation**

ETABLISSEMENT 20041	GUICHET 01013	N° DE COMPTE 0567442G034	CLE RIB 87	LA BANQUE POSTALE CENTRE DE RENNES 35900 RENNES CEDEX 9 FRANCE
------------------------	------------------	-----------------------------	---------------	---

L'identifiant international de compte est intégré au présent relevé d'identité bancaire. Cet identifiant a été créé pour faciliter les règlements transfrontières.

**IBAN - Identifiant international de compte**  
*International Bank Account Number***BIC - Identifiant international de l'établissement**  
*Bank Identifier Code*

FR04|2004| 1010 | 1305 | 6744 | 2G03 | 487 | PSSTFRPPREN

**Titulaire du Compte - Account Owner**

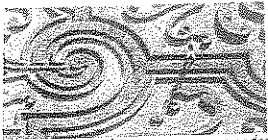
MR BRIARD RENAUD

Cadre réservé au destinataire du relevé

--

La Banque Postale - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance  
au capital de 2 342 454 090 Euros - RCS PARIS 421 100 645 - Code APE 651 C

© La Banque Postale 2006 | Crédits | Mentions légales



Adelle Duchêne  
01/11/2004

France  
Parterres du château de Vaux-le-Vicomte  
Ile-de-France



mille cinq cent soixante  
sept euro, 50  
FORTIS ASSURANCES

€ 1567,50

A Paris

LE 18/04/08

SIGNATURE

*[Signature]*

(11)

N° de compte :

REN 5 674 42 G

Payable en France :

CENTRE DE RENNES (35)

SERVICE CLIENT 063

35900 RENNES CEDEX 9

Tél : 02 99 02 69 41

MR BRIARD RENAUD

65 RUE MESLAY

75003 PARIS

Chèque N° : 07 7647025 B

07647025 00350100613084 005674426034

### Autorisation de prélèvement

Merci de joindre un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne

Nom, Prénoms et adresse du débiteur

(Titulaire du compte à débiter)

N. BRIARD Renaud  
65 Rue Meslay

Code postal : 75003 Ville : PARIS

**FORTIS**



Fortis Assurances : 1, rue Blanche - 75009 Paris

Compte à débiter

Etablis' Codes

Guichet 011013

N° du compte

05674426034

Clé R.I.B. 87

Date

Signature du titulaire du compte à débiter

*[Signature]*

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

La Banque Postale  
Centre de Rennes

Code postal 35900 Ville : Rennes Cedex 9

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus.  
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° Contrat

Prélèvement débiteur le :

Jour Mois Année  
11 12 11 11

N° national d'émetteur

151 203