



- (1)  SARL    SAS    SA    Société civile    SCP    EARL    SCEA    GFA    GAEC  
 Association    Fondation    Fédération  
 Société étrangère  
 Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

Dénomination ou Raison sociale

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_ Pays d'immatriculation \_\_\_\_\_

Adresse du siège social : N° \_\_\_\_\_ Rue/Bd/Av \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS ET MODALITÉS DE CONTRÔLE EXERCÉES PAR LES BÉNÉFICIAIRES EFFECTIFS

	BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 1	BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 2	BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 3	BÉNÉFICIAIRE EFFECTIF 4
Date à laquelle la personne est devenue bénéficiaire effectif	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom d'usage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénoms	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Détention de plus de 25 % du capital (préciser le pourcentage)	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Détention de plus de 25 % des droits de vote (préciser le pourcentage)	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Exercice par tout autre moyen d'un pouvoir de contrôle sur la société (préciser la nature du pouvoir de contrôle exercé)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES



Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons dans le cadre de la Lutte Anti-Blanchiment et de la lutte contre le financement du terrorisme pour l'identification des bénéficiaires effectifs des contrats d'assurance souscrits par des personnes morales. Le responsable de traitement peut être selon la nature du contrat d'assurance à souscrire soit Allianz Vie, soit Allianz IARD. Ce traitement repose sur la base légale de l'obligation réglementaire faite aux assureurs de lutter contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles sont destinées prioritairement aux services de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme compétent du responsable de traitement, à votre intermédiaire en assurance et peuvent être communiquées dans certains cas à des autorités administratives ou judiciaires également habilitées telles que TRACFIN conformément à la réglementation en vigueur.

Ces données font l'objet de mesures de sécurité spécifiques pour en assurer une protection complète et suffisante.

Nous les conservons tout au long de votre contrat. Au terme de celui-ci, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez tout loisir d'accéder à vos données personnelles, de demander leur rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Pour cela, il vous suffit :

- d'adresser un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), dans le cadre de l'utilisation de ces données pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de nous écrire par mail à [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr) ou bien par courrier à l'adresse : Allianz – Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex pour toute autre finalité.

Vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) d'Allianz France pour toute information complémentaire ou réclamation à cette même adresse.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

## SIGNATURE

Nom et prénom de la personne effectuant cette déclaration : \_\_\_\_\_

Fonction de la personne effectuant cette déclaration : \_\_\_\_\_

Date : | | | | | | | | | |

Signature :