

À l'attention de



Votre conseiller et interlocuteur privilégié sera

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

Lettre de mission globale

Madame, Monsieur,

Vous avez bien voulu nous consulter en qualité de conseil et nous vous remercions de cette confiance.

A l'occasion de notre entretien, nous vous avons remis le document d'entrée en relation comportant l'ensemble des informations légales de notre cabinet.

1. CADRE DE NOTRE INTERVENTION

Lors de notre entretien courant de ce jour, vous m'avez fait part des axes de réflexion qui vous semblent déterminants et sur lesquels vous souhaitez que nous portions l'accent compte tenu de vos objectifs patrimoniaux.

Afin de répondre à votre attente, nous vous proposons de :

Votre patrimoine global ou vos objectifs de placement sont amenés à évoluer dans le temps. Pour cette raison, nous pourrions vous proposer de :

2. MODALITES DE NOTRE INTERVENTION

Notre mission débutera à réception d'un exemplaire de la présente lettre de mission signée par vos soins.

Nous collecterons l'ensemble des éléments patrimoniaux qui nous permettront d'avoir connaissance de votre situation financière, de votre expérience et de vos objectifs en matière d'investissement.

Vous pourrez alors choisir de mettre en œuvre la stratégie que vous aurez retenue avec le ou les professionnels de votre choix. Nous espérons que vous nous accorderez votre confiance pour leur mise en œuvre.

3. REMUNERATIONS

Concernant le budget relatif à cette mission et compte tenu des problématiques évoquées lors de notre entretien, nous estimons que cette mission pourra être rémunérée par des commissions et/ou des rétrocessions de commissions versées par les établissements promoteurs de produits liés aux investissements que vous réaliserez par l'intermédiaire de notre cabinet.

Pour votre information, lorsque la prestation de conseil est suivie d'une prestation d'intermédiation sur des produits financiers, nous pourrions recevoir le cas échéant :

- Frais uniques : frais de dépôt, de résiliation et coûts de transfert, de structuration...
- Frais récurrents : frais de gestion, de conseil, de garde, de service, financiers...
- Coûts relatifs aux transactions : commissions de courtage, frais d'entrée, frais de change...
- Coûts marginaux et frais associés aux services auxiliaires : coûts de recherche et commissions liées aux résultats.

Le client est informé que pour tout acte d'intermédiation le conseiller rémunéré par la totalité des frais d'entrée déduction faite de la part acquise à la société qui l'autorise à commercialiser le produit, auquel s'ajoute une fraction de frais de gestion qui est au maximum de 1,5 %. Au titre de l'accompagnement du client, une **information plus précise sera fournie à sa demande une fois connus les supports choisis.**

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

4. CONFIDENTIALITE

Tous les documents et éléments qui nous seront transmis seront traités avec la plus extrême confidentialité. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer un droit d'accès et de rectification de ces informations au siège social de notre cabinet.

5. DISPOSITIONS DIVERSES

Le conseiller doit disposer des informations patrimoniales et financières relatives à son client afin de pouvoir mener à bien ses missions et ses obligations de devoir d'information et de conseil.

Vous certifiez la validité des informations que vous nous avez transmises, sachant que toute erreur ou omission de votre part peut conduire à des conclusions erronées sans pour autant que notre responsabilité puisse être engagée. Vous êtes invité à signaler les éléments qui vous paraissent présenter des incohérences.

Le client reconnaît alors avoir été averti des conséquences d'un refus de fournir les informations personnelles le concernant. Nous rappelons que le conseiller est tenu au respect du secret professionnel.

GESTION DES CONFLITS D'INTERETS

Dans le cas où le cabinet NOM CABINET estimerait se trouver dans le cadre d'un conflit d'intérêts, ce dernier s'engage à en informer immédiatement le client.

A défaut d'un accord écrit de la part du client, le cabinet NOM CABINET engagera une concertation avec ce dernier afin d'obtenir un accord dont les conclusions écrites seront signées par les deux parties.

A défaut de l'obtention d'un accord avec le client, qui amènerait le cabinet NOM CABINET à estimer qu'il n'existe plus de conflit d'intérêts, le cabinet s'engage à proposer une solution qui permettrait de faire disparaître le conflit d'intérêts ou d'en faire disparaître les effets.

En dernier recours, le cabinet NOM CABINET s'engage à refuser ou à abandonner la mission.

Il est ici précisé que la présente mission implique une obligation de moyens et aucunement une obligation de résultats. En outre, vous vous engagez par la signature de ce document à un devoir d'information et de coopération sincère et exhaustive.

Dans le cadre du suivi patrimonial, vous vous engagez à nous faire part de toute opération d'ores et déjà réalisée ou à venir qui affecterait votre situation patrimoniale, afin que nous puissions exercer notre devoir de conseil.

Par la présente, vous autorisez les établissements dépositaires ou compagnies d'assurance à communiquer au cabinet NOM CABINET et le cas échéant à son prestataire de services informatiques, l'ensemble des informations concernant vos investissements et vos données personnelles d'ordre civil, patrimonial, financier ou autres.

Cette communication facilite le respect de nos obligations en matière de suivi et d'archivage.

Nous nous engageons à vous informer de l'actualisation de nos mandants et des partenaires avec lesquels nous pourrions entretenir une relation significative de nature capitalistique ou commerciale.

Notre mission fera l'objet d'un renouvellement par tacite reconduction tous les ans. Chacune des parties pourra y renoncer avec un délai de préavis d'un mois.

6. LITIGES

Pour l'exécution des présentes et d'une manière générale pour l'exécution de la mission confiée à la société NOM CABINET, il sera fait application de la réglementation française.

En cas de non-règlement amiable ou par intervention de médiateur, tous les litiges portant sur la souscription, la validité, l'interprétation ou l'exécution du présent contrat ou de ses suites seront soumis aux juridictions compétentes.

7. CLAUSE DE DÉMARCHAGE

Dans le cas où la lettre de mission serait le résultat d'un acte de démarchage, vous bénéficiez d'un délai de rétractation de 14 jours, à compter de la date de réception de la présente lettre de mission. Durant cette période, vous aurez la liberté de renoncer purement et simplement à votre engagement en nous faisant parvenir par courrier recommandé avec accusé de réception une lettre de renonciation suivant le modèle ci-après : « Je, soussigné, [Nom Prénom] déclare renoncer au contrat de prestation de service en matière de conseil et d'accompagnement conclu le [Date] avec [Nom Prénom] représentant le Cabinet [Nom du cabinet] ».

8. DOCUMENT D'ENTRÉE EN RELATION (DER)

Le client reconnaît avoir pris connaissance du document intitulé « Document d'Entrée en Relation » présentant la société NOM CABINET et qu'un exemplaire de cette dernière lui a été remis.

9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX

Conformément aux obligations relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux, nous sommes tenus de procéder à l'ensemble des contrôles et déclarations prévus par le Code monétaire et financier. En conséquence, nous avons mis en place des procédures internes relatives à la détection et à la gestion de toute opération dont l'origine des fonds concernés apparaît douteuse, qui pourront faire l'objet des déclarations prévues par la loi auprès de l'autorité instituée à l'article L. 562-4 du Code monétaire et financier.

10. DELAI DE RENONCIATION

Dans le cadre de la législation de protection du consommateur, vous pouvez renoncer à la mission décrite ci-dessus dans un délai de 14 jours, par lettre recommandée avec accusé de réception ou en inscrivant par écrit directement par le client la mention à la main :

« Madame, Monsieur,je souhaite faire la levée du délai de 14 jours de réflexion et renonce de mon plein gré et accorde à mon conseiller de procéder à la souscription sans délais d'attente ».

Pour l'exécution des présentes et d'une manière générale pour l'exécution de la mission confiée à la société NOM CABINET il sera fait application de la réglementation française.

En cas de non-règlement amiable ou par intervention de médiateur, tous les litiges portant sur la souscription, la validité, l'interprétation ou l'exécution du présent contrat ou de ses suites seront soumis aux juridictions compétentes.

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD
Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

QUESTIONNAIRE CONNAISSANCES ET EXPERIENCES FINANCIERES

Vos informations patrimoniales inscrites ci-dessous sont enregistrées à la date du a.

Vos informations personnelles	Informations personnelles de votre conjoint(e)
Civilité:	Civilité:
Prénom:	Prénom:
Nom:	Nom:
Date et lieu de naissance: à	Date et lieu de naissance: à
Profession:	Profession:
Votre situation familiale / patrimoniale	
Situation familiale:	
Personne(s) à charge: 0	
Statut patrimonial: Hébergé	

1. Sélectionnez l'intitulé correspondant à votre appétence au risque
2. Comment qualifieriez-vous vos connaissances en matière financière ?
3. Quels produits financiers connaissez-vous ?
4. Parmi ces produits financiers, sur le(s)quel(s) avez-vous d'ores et déjà investis ?
5. Depuis quand possédez-vous des investissements sur des placements financiers ?
6. Réalisez-vous seul des opérations sur vos produits d'investissement ? Ex : PEA - CTO - Assurance-vie en ligne - Trading en ligne - Bitcoin ...
7. Avez-vous d'ores et déjà subi des pertes sur les marchés financiers ? (Y compris des pertes temporaires)
8. De quel niveau étaient ces baisses ?
9. Qu'avez-vous fait suite à ces baisses ?
10. Êtes-vous convaincu(e) que sur le long terme les valeurs mobilières ont un rendement supérieur aux supports à risque faible ?
11. Si l'un de vos placements « long terme » (>10 ans) baisse sur 3 années consécutives que feriez-vous ?
12. Que feriez-vous en cas de crise sur les marchés financiers, avec une baisse supérieure au risque que vous étiez initialement prêt(e) à prendre ?

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

Analyse du conseiller

Suite à l'analyse des réponses fournis ci-avant, le courtier délivre ci-après son appréciation quant aux différentes expériences et connaissances financières du client.

Connaissances financières	Expérience en Assurance-vie	Expérience en unités de compte
Expérience en produits retraite	Expérience en contrat de capitalisation	Expérience en investissement sur des supports immobiliers

Acceptation maximale du risque pour de l'épargne	Acceptation maximale du risque pour de l'épargne retraite

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par afin de déterminer votre acceptation à l'exposition aux risques concernant vos investissements en Épargne-Placement et Épargne-Retraite en particulier, et concernant la constitution de votre Patrimoine Mobilier en général.

Elles seront conservées pendant une durée minimale de 5 ans (cinq ans) après la fin de la relation d'affaires. Vos informations seront destinées au(x) personnel(s) de ce cabinet en charge de votre accompagnement ou du suivi des solutions mises en place avec ce(s) dernier(s). Le cas échéant vos informations peuvent être transmises au(x) partenaire(s) de notre cabinet teneur(s) de vos solutions d'investissement.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'opposition et de portabilité des données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre cabinet :

- Soit par mail à :

a>

- Soit par courrier :

**NOM CABINET
SIEGE SOCIAL**

Vous pouvez également introduire une réclamation au sujet du traitement de vos données auprès de la CNIL.

LETTRE DE MISSION - ASSURANCE VIE



NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

LETTRE DE MISSION

ASSURANCE-VIE

Assuré(e):

Situation familiale:

CADRE DE LA MISSION

Conformément à nos échanges, et aux informations collectées sur votre situation, nous vous invitons à considérer la solution de l'Assurance vie pour l'investissement que vous envisagez de réaliser. Afin de mieux cerner vos attentes et vos objectifs nous allons préciser ensemble les orientations à évaluer, ainsi que les contours de votre projet.

1. Solution d'investissement envisagée:

Type de versement:

Si versements périodiques, précisez la périodicité :

Montant du versement initial:

Montant du versement périodique:

2. Concernant cet investissement précis, vous avez comme objectif(s) :

3. Concernant cet investissement précis, pourriez-vous préciser l'orientation à lui conférer ?

Merci de préciser l'intitulé qui correspondrait le mieux au risque que vous seriez capable de supporter à priori pour votre investissement.

La sécurité absolue	Vous souhaitez que ce placement soit sûr à 100 % ; vous êtes toutefois conscient(e) que ce capital sera soumis à l'effet de l'inflation, et que les rendements attendus ne pourront pas compenser le maintien de votre pouvoir d'achat : Aucune baisse acceptée.
La Protection de votre pouvoir d'achat	Vous êtes mal à l'aise face aux fortes fluctuations des marchés financiers, cependant vous êtes prêt(e) à accepter de faibles fluctuations négatives pour protéger votre pouvoir d'achat : Baisse acceptée comprise entre -5% à -10 %.
Un mélange de croissance et de sécurité	Vous êtes conscient(e) que sur le long terme, en acceptant un risque encadré et défini, les rendements de votre investissement seront bien meilleurs. Aussi vous seriez prêt(e) à accepter des fluctuations négatives suffisamment marquées pour obtenir de meilleurs gains : Baisse acceptée comprise entre -10% et -15 %.
La croissance principalement	Vous souhaitez obtenir des rendements significatifs pour votre placement, vous vous préoccupez peu des fluctuations de marchés : Baisse acceptée comprise entre -20% et -25 %.
La croissance maximale	Vous souhaitez obtenir coûte que coûte de hauts rendements pour votre placement qu'importe les fluctuations des marchés financiers : Baisse acceptée comprise entre -supérieure à -25 %, sans limite de perte.

Vous avez sélectionné la réponse :

4. Concernant cet investissement précis, précisez l'horizon de temps que vous souhaitez lui consacrer :

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orientas.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD
Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

5. Concernant cet investissement précis, comment évaluez-vous un retrait anticipé et par conséquent le risque de ne pas respecter l'horizon de temps que vous venez de définir ?

6. Commentaires (garanties supplémentaires, vigilance particulière ...) :

COMPREHENSION DE LA MISSION

L'ensemble des informations que vous nous communiquez, vont nous permettre de procéder à l'analyse de votre situation financière et/ou patrimoniale, à l'analyse de vos connaissances et expériences et enfin à la prise en compte de vos objectifs afin d'adapter notre mission de conseil à votre profil et à vos attentes.

Votre situation financière patrimoniale, ainsi que vos objectifs, votre connaissance des marchés financiers et votre tolérance aux risques en découlant, sont établis sur la base des informations communiquées par vos soins, figurant dans le document « Questionnaire client - Recueil d'informations » annexé à la présente lettre et qui en fait partie intégrante. Toute modification des informations figurant dans le questionnaire client pouvant affecter significativement la nature ou l'orientation de notre mission devra être portée à notre connaissance ; le « Questionnaire client-Recueil d'information » étant modifiée en conséquence.

NOTRE INTERVENTION ET MISSION

- Vous assister dans l'analyse de votre situation.
- Vous conseiller sur le profilage de risque concernant votre investissement.
- Établir une liste de recommandation(s) et préconisation(s) relative à votre situation.
- Étudier et présenter une sélection de contrat(s) d'assurance vie en adéquation avec vos objectifs, vos besoins et votre situation particulière.
- Rédiger un rapport d'adéquation entre la ou les solution(s) présentée(s).
- Vous assister dans la préparation des documents nécessaires à la souscription d'une solution et s'assurer de la bonne fin de la souscription du contrat.
- Assurer un suivi au minimum une fois par an pour valider que la ou les solution(s) mise(s) en place sont toujours en bonne adéquation avec votre situation personnelle.

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orientas.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET

Fait en deux exemplaires.

Le a.

Le client

Le conseiller

Signature

Signature

Bon pour acceptation

NOM CABINET

Siège social: SIEGE SOCIAL - FORME JURIDIQUE au capital de CAPITAL SOCIAL - RCS RCS N°N RCS - SIRET: N SIRET - Code APE: 6622Z

Société de courtage en assurance (COA) - Conformément au code des assurances L.512-6; R.512-14

Enregistrée à l'ORIAS sous le n°ORIAS CABINET - www.orias.fr - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE: TVA INTRA - Le Cabinet NOM CABINET applique la mention RGPD

Téléphone: TEL CABINET - Mail: MAIL CABINET