

Bulletin d'adhésion au contrat

Cardif Essentiel

Contrat d'assurance vie de groupe en euros, en unités de compte
et en Fonds eurocroissance

N° Client Cardif :

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance :

Numéro d'apporteur

Nom

1 VOTRE IDENTITÉ

Adhérent M. Mme

Nom Prénom

Nom de naissance

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. personnel Tél. portable

Tél. prof. e-mail

J'autorise Cardif Assurance Vie à utiliser mon adresse électronique dans le cadre de l'exécution de mon contrat. Toutefois, je reconnais que certains documents doivent être obligatoirement envoyés en original ce dont Cardif m'informerait si le cas se présente. Je prends acte que ces données (adresse électronique) ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale, sauf si j'y ai expressément consenti par ailleurs. Je dispose de la faculté de m'opposer à tout moment aux échanges par courrier électronique en adressant ma demande à Cardif Assurance Vie 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex.

Né(e) le / / à Dép./Pays

Nationalité(s) (en cas de nationalités multiples, les renseigner)

Pays de résidence fiscale

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) Secteur d'activité

Situation de famille célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) PACSé(e)

Si marié(e), régime matrimonial

Nom et prénom de l'époux (épouse) (suivi du nom de naissance)

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux).

Nature et n°

Co-adhérent le cas échéant M. Mme

Nom Prénom

Nom de naissance

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. personnel Tél. portable

Tél. prof. e-mail

J'autorise Cardif Assurance Vie à utiliser mon adresse électronique dans le cadre de l'exécution de mon contrat. Toutefois, je reconnais que certains documents doivent être obligatoirement envoyés en original ce dont Cardif m'informerait si le cas se présente. Je prends acte que ces données (adresse électronique) ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale, sauf si j'y ai expressément consenti par ailleurs. Je dispose de la faculté de m'opposer à tout moment aux échanges par courrier électronique en adressant ma demande à Cardif Assurance Vie 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex.

Né(e) le / / à Dép./Pays

Nationalité(s) (en cas de nationalités multiples, les renseigner)

Pays de résidence fiscale

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) Secteur d'activité

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux).

Nature et n°

A renseigner uniquement en cas de co-adhésion

Dénouement :

Au 1^{er} décès Au 2^{ème} décès (uniquement pour les époux mariés sous un régime matrimonial conventionnel comportant une clause d'avantage matrimonial intégral ou précipitaire incluant le contrat d'assurance-vie)

Origine des fonds : si fonds propres, clause de réemploi OUI (joindre la clause au Bulletin d'adhésion) NON

2 DEMANDE D'ADHÉSION

Je demande à adhérer :

- à l'UFEP (Union Française d'Épargne et de Prévoyance, association loi 1901) moyennant un droit d'admission de 10 €,
- au contrat collectif Cardif Essentiel souscrit par l'UFEP auprès de Cardif Assurance Vie pour une durée d'adhésion de ans (en années pleines, entre 8 et 30 ans), à défaut d'indication, la durée sera de 30 ans.

3 MODALITÉS DES VERSEMENTS

- J'effectue un versement initial brut de frais d'entrée d'un montant de € (minimum 5 000 €) dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %).

Je verse mon droit d'admission de 10 € à l'UFEP + 10 €

Montant total du versement = €

(à régler par chèque bancaire libellé **exclusivement** à l'ordre de **Cardif**)

- En complément de mon versement initial, je souhaite effectuer des versements réguliers bruts de frais d'entrée d'un montant de € dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %) par mois (minimum 150 €) trimestre (minimum 450 €) semestre (minimum 900 €) an (minimum 1 800 €)

Mes versements réguliers suivants seront prélevés automatiquement sur mon compte bancaire dont les références figurent sur le mandat de prélèvement SEPA joint au présent Bulletin d'adhésion que j'ai complété.

Vos paiements doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert à votre nom dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen et être libellés en euros à l'ordre de Cardif. Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé par Cardif.

4 RÉPARTITION DES VERSEMENTS

Ce bulletin ne permet les versements que sur le Fonds en euros et les supports en unités de compte.

Je demande que mon versement initial et mes versements réguliers soient répartis comme indiqué ci-après. La liste des supports en unités de compte éligibles à mon contrat est une annexe remise avec la Notice.

Les codes ISIN et les libellés des supports en unités de compte doivent impérativement être renseignés. Si le total de la répartition est inférieur à 100 %, la part représentant le complément est affectée au Fonds en euros.

Je peux répartir mes versements entre les trois classes de supports en unités de compte suivantes :

"Modéré" (M) avec une orientation de gestion prudente et un rendement limité compte tenu d'une prise de risque très réduite.

"Tonique" (T) avec une orientation de gestion équilibrée, à tendance dynamique.

"Offensif" (O) avec une orientation de gestion offensive, et une volatilité très élevée.

CODE ISIN	LIBELLÉS	VERSEMENT INITIAL (en %)	VERSEMENT RÉGULIERS (en %)
Fonds en euros			
SUPPORTS EN UNITÉS DE COMPTE			
Modéré			
Tonique			
Offensif			
SCI⁽¹⁾			
GF0000000534	Primonial Capimmo		
TOTAL		100 %	100 %

(1) La part des versements affectée à des unités de compte correspondant à des parts de SCI ne doit pas excéder 30 % du montant versé.

5 BÉNÉFICIAIRES

Je choisis l'une des clauses bénéficiaires suivantes.

Votre situation personnelle et / ou familiale peut évoluer. Nous vous invitons à faire le point régulièrement sur la clause bénéficiaire que vous allez choisir.

1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE STANDARD

En cas de décès avant le terme de mon adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux seront versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux à ses représentants, à défaut à mes héritiers.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 1^{er} décès : en cas de décès de l'un des co-adhérents avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés au co-adhérent survivant à la date du décès, à défaut aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 2^e décès : en cas de décès du dernier co-adhérent avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOMINATIVE

Je désigne ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes. **Cocher l'option retenue : a ou b**

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS				
Nom	Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance
1			___/___/___	
Adresse :				
2			___/___/___	
Adresse :				
3			___/___/___	
Adresse :				
4			___/___/___	
Adresse :				

a - par parts égales.

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants, à défaut à mes héritiers.

ou

b - par parts différentes : **1** % + **2** % + **3** % + **4** % = **100 %**

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants selon leur quote-part, à défaut à mes héritiers.

5 BÉNÉFICIAIRES (suite)

3 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOTARIÉE

Je désigne comme bénéficiaire(s) des capitaux en cas de décès la(les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire ou dans le testament déposé(e) chez Maître (nom, prénom, nom de l'étude, adresse de l'étude), à défaut à mes héritiers.

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'étude : _____

Adresse de l'étude : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal complet : | | | | | | | |

4 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE LIBRE

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes :

(En cas de bénéficiaire(s) nommément désigné(s), indiquer le(s) nom(s), prénom(s), nom de naissance, date de naissance, lieu de naissance, adresse actuelle et répartition).

6 SIGNATURE

Conformément aux dispositions de l'article "Informatique et Libertés" de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie. Je peux exercer mon droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime en m'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations - SH 944 - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à ma demande la copie d'un justificatif d'identité comportant ma signature.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à mon adhésion, de la Notice avec encadré du contrat Cardif Essentiel, de l'annexe présentant la liste des supports en unités de compte, ainsi que pour chaque unité de compte choisie lors de mon adhésion : des caractéristiques principales ou du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI) ou, le cas échéant, de la note détaillée.

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du présent Bulletin d'adhésion, date à laquelle est conclue l'opération d'assurance. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à Cardif Assurance Vie - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre suivant : "Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° (numéro) au contrat Cardif Essentiel du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signature". En cas de co-adhésion, le modèle est le suivant : "Nous soussignés, (M./Mme, nom, prénom, adresse) et (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclarons renoncer à notre adhésion au contrat Cardif Essentiel n° (numéro) du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signatures". Toutefois, si je n'ai pas reçu le Tableau des valeurs de rachat minimales personnalisées correspondant à la part du versement à l'adhésion affectée, le cas échéant, au Fonds en euros, avant la signature du Bulletin d'adhésion, je peux renoncer à mon adhésion au contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception dudit Tableau figurant dans l'attestation d'adhésion adressée par Cardif, et être remboursé intégralement.

A _____

Le _____

** En cas de co-adhésion, les adhérents déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du (des) bénéficiaire(s), rachats, avances, sortie en rente, arbitrages) liées à ce contrat d'assurance vie est soumis à leur co-signature.*

**Signature de l'adhérent*
ou du (des) représentant(s) légal(aux)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

**Signature du co-adhérent*
(le cas échéant)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

Vous recevrez votre attestation d'adhésion au présent contrat au plus tard dans les 3 semaines à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion. Si vous ne la recevez pas dans ce délai, nous vous remercions d'en avertir Cardif par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du Contrat.

Vos coordonnées :

Votre nom _____

Votre prénom _____

Votre adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

Signé à _____ le _____ Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*).

En cas de révocation ou modification de mandat, vous pourrez adresser vos demandes à :

CARDIF Assurance Vie
8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.55.94.41.25

Les réclamations relatives à vos prélèvements SEPA devront être adressées à :

CARDIF Assurance Vie
Service Relations Clientèle - 8 rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Les engagements réciproques résultant du Contrat d'assurance vie et de capitalisation doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

4 Versement

Montant : _____ €

Objectif patrimonial du placement

- Valorisation du capital Complément de revenu (pour retraite...) Projet immobilier Transmission du capital
 Protection du conjoint Autre(s), précisez : _____

Le montant de l'opération est-il en relation avec la situation du client (cohérence avec patrimoine/revenus/activité) : Oui Non

Si la réponse est négative, précisez les raisons : _____

Origine des fonds déposés ⁽¹⁾

- Vente immobilière Donation Héritage Revenus/Dividendes
 Gain aux jeux Cession d'actifs (professionnels, immobiliers, mobiliers etc.). Précisez : _____
 Réaffectation épargne → date et origine de l'investissement initial : _____
 Autre : _____
 Nature du justificatif d'origine des fonds fourni : _____
Exemples : acte notarié, relevé de compte, avis d'imposition, ...

Copie à adresser à l'assureur pour tout versement supérieur à 50 000 €.

Tout justificatif complémentaire nécessaire pourra être réclamé par l'assureur en cas de besoin.

(1) En cas de pluralité d'origine des fonds, merci de détailler dans la zone commentaires, les dates, montants et origines.

5 Commentaires

6 Attestation de résidence fiscale (à remplir par le client)

J'atteste que je suis résident fiscal en : _____

J'atteste que je suis citoyen américain :

- oui
 non

Si oui, veuillez indiquer votre NIF américain : _____

Fait à : _____

Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et je reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires. J'autorise l'intermédiaire d'assurance à communiquer à l'assureur en application des Articles L. 561-7 et L. 561-8 du Code Monétaire et Financier (CMF), toutes les informations pertinentes pour l'exercice des diligences énoncées à l'Article L 561-6 du CMF.

Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « attestation de résident fiscal » sont exacts et conformes à la réalité.

Je m'engage à informer sans délai le conseil en patrimoine / le gérant privé de tout changement de circonstances pouvant modifier les éléments indiqués dans la présente « attestation de résidence fiscale » et, le cas échéant, à fournir une nouvelle attestation de résidence fiscale sur le formulaire requis accompagnée des justificatifs appropriés dans un délai de 30 jours à compter de ce changement.

Signature du client

Nom du Cabinet de Courtage : _____

Nom du conseil en patrimoine / du gérant privé : _____

Signature du conseil en patrimoine / du gérant privé

ORIGINAL À ADRESSER À CARDIF.

Copie à conserver par le conseil en patrimoine / le gérant privé

Ces informations sont recueillies par CARDIF conformément aux obligations réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, qui s'imposent aux Sociétés d'Assurance (Chapitres I et II du Titre VI du Livre V du Code monétaire et financier).

Conformément aux dispositions de l'article « Informatique et Liberté » de la Notice, des Conditions générales ou de la Proposition d'assurance valant note d'information du contrat, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter.

Elles seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, conseils en patrimoine / gérants privés et réassureurs. Elles pourront être communiquées :

- à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie,
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à Cardif Assurance Vie,
- à des tiers autorisés à les recevoir en application de lois ou de conventions conclues par la France organisant notamment des échanges d'informations à des fins fiscales.

Le client peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitimes en s'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations- Épargne - SH 944 - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Cette fiche pourra également être demandée par Cardif dans le cadre d'analyses complémentaires effectuées sur certaines opérations.

CARDIF Assurance Vie

SA au capital de 717 559 216 € - R.C.S. Paris 732 028 154

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 1, boulevard Haussmann 75009 Paris

Bureaux : 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex - France - Tél. 01 41 42 83 00

Bulletin d'adhésion au contrat Cardif Essentiel

Contrat d'assurance vie de groupe en euros, en unités de compte
et en Fonds eurocroissance

N° Client Cardif : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance :

Numéro d'apporteur _____

Nom _____

1 VOTRE IDENTITÉ

Adhérent M. Mme

Nom _____ Prénom _____

Nom de naissance _____

Adresse _____

Code postal | | | | | | Ville _____ Pays _____

Tél. personnel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. portable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. prof. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail _____

J'autorise Cardif Assurance Vie à utiliser mon adresse électronique dans le cadre de l'exécution de mon contrat. Toutefois, je reconnais que certains documents doivent être obligatoirement envoyés en original ce dont Cardif m'informerait si le cas se présente. Je prends acte que ces données (adresse électronique) ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale, sauf si j'y ai expressément consenti par ailleurs. Je dispose de la faculté de m'opposer à tout moment aux échanges par courrier électronique en adressant ma demande à Cardif Assurance Vie 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex.

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Dép./Pays _____

Nationalité(s) (en cas de nationalités multiples, les renseigner) _____

Pays de résidence fiscale _____

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) _____ Secteur d'activité _____

Situation de famille célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) PACSé(e)

Si marié(e), régime matrimonial _____

Nom et prénom de l'époux (épouse) (suivi du nom de naissance) _____

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux).

Nature et n° _____

Co-adhérent le cas échéant M. Mme

Nom _____ Prénom _____

Nom de naissance _____

Adresse _____

Code postal | | | | | | Ville _____ Pays _____

Tél. personnel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. portable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. prof. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail _____

J'autorise Cardif Assurance Vie à utiliser mon adresse électronique dans le cadre de l'exécution de mon contrat. Toutefois, je reconnais que certains documents doivent être obligatoirement envoyés en original ce dont Cardif m'informerait si le cas se présente. Je prends acte que ces données (adresse électronique) ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale, sauf si j'y ai expressément consenti par ailleurs. Je dispose de la faculté de m'opposer à tout moment aux échanges par courrier électronique en adressant ma demande à Cardif Assurance Vie 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex.

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Dép./Pays _____

Nationalité(s) (en cas de nationalités multiples, les renseigner) _____

Pays de résidence fiscale _____

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) _____ Secteur d'activité _____

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux).

Nature et n° _____

A renseigner uniquement en cas de co-adhésion

Dénouement :

Au 1^{er} décès Au 2^{ème} décès (uniquement pour les époux mariés sous un régime matrimonial conventionnel comportant une clause d'avantage matrimonial intégral ou précipitaire incluant le contrat d'assurance-vie)

Origine des fonds : si fonds propres, clause de réemploi OUI (joindre la clause au Bulletin d'adhésion) NON

2 DEMANDE D'ADHÉSION

Je demande à adhérer :

- à l'UFEP (Union Française d'Épargne et de Prévoyance, association loi 1901) moyennant un droit d'admission de 10 €,
- au contrat collectif Cardif Essentiel souscrit par l'UFEP auprès de Cardif Assurance Vie pour une durée d'adhésion de ans (en années pleines, entre 8 et 30 ans), à défaut d'indication, la durée sera de 30 ans.

3 MODALITÉS DES VERSEMENTS

- J'effectue un versement initial brut de frais d'entrée d'un montant de € (minimum 5 000 €) dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %).

Je verse mon droit d'admission de 10 € à l'UFEP + 10 €

Montant total du versement = €

(à régler par chèque bancaire libellé **exclusivement** à l'ordre de **Cardif**)

- En complément de mon versement initial, je souhaite effectuer des versements réguliers bruts de frais d'entrée d'un montant de € dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %) par mois (minimum 150 €) trimestre (minimum 450 €) semestre (minimum 900 €) an (minimum 1 800 €)

Mes versements réguliers suivants seront prélevés automatiquement sur mon compte bancaire dont les références figurent sur le mandat de prélèvement SEPA joint au présent Bulletin d'adhésion que j'ai complété.

Vos paiements doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert à votre nom dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen et être libellés en euros à l'ordre de Cardif. Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé par Cardif.

4 RÉPARTITION DES VERSEMENTS

Ce bulletin ne permet les versements que sur le Fonds en euros et les supports en unités de compte.

Je demande que mon versement initial et mes versements réguliers soient répartis comme indiqué ci-après. La liste des supports en unités de compte éligibles à mon contrat est une annexe remise avec la Notice.

Les codes ISIN et les libellés des supports en unités de compte doivent impérativement être renseignés. Si le total de la répartition est inférieur à 100 %, la part représentant le complément est affectée au Fonds en euros.

Je peux répartir mes versements entre les trois classes de supports en unités de compte suivantes :

"Modéré" (M) avec une orientation de gestion prudente et un rendement limité compte tenu d'une prise de risque très réduite.

"Tonique" (T) avec une orientation de gestion équilibrée, à tendance dynamique.

"Offensif" (O) avec une orientation de gestion offensive, et une volatilité très élevée.

CODE ISIN	LIBELLÉS	VERSEMENT INITIAL (en %)	VERSEMENT RÉGULIERS (en %)
Fonds en euros			
SUPPORTS EN UNITÉS DE COMPTE			
Modéré			
Tonique			
Offensif			
SCI⁽¹⁾			
GF0000000534	Primonial Capimmo		
TOTAL		100 %	100 %

(1) La part des versements affectée à des unités de compte correspondant à des parts de SCI ne doit pas excéder 30 % du montant versé.

5 BÉNÉFICIAIRES

Je choisis l'une des clauses bénéficiaires suivantes.

Votre situation personnelle et / ou familiale peut évoluer. Nous vous invitons à faire le point régulièrement sur la clause bénéficiaire que vous allez choisir.

1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE STANDARD

En cas de décès avant le terme de mon adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux seront versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux à ses représentants, à défaut à mes héritiers.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 1^{er} décès : en cas de décès de l'un des co-adhérents avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés au co-adhérent survivant à la date du décès, à défaut aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 2^e décès : en cas de décès du dernier co-adhérent avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOMINATIVE

Je désigne ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes. **Cocher l'option retenue : a ou b**

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS				
Nom	Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance
1			___/___/___	
Adresse :				
2			___/___/___	
Adresse :				
3			___/___/___	
Adresse :				
4			___/___/___	
Adresse :				

a - par parts égales.

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants, à défaut à mes héritiers.

ou

b - par parts différentes : **1** % + **2** % + **3** % + **4** % = **100 %**

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants selon leur quote-part, à défaut à mes héritiers.

5 BÉNÉFICIAIRES (suite)

3 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOTARIÉE

Je désigne comme bénéficiaire(s) des capitaux en cas de décès la(les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire ou dans le testament déposé(e) chez Maître (nom, prénom, nom de l'étude, adresse de l'étude), à défaut à mes héritiers.

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'étude : _____

Adresse de l'étude : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal complet : | | | | | |

4 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE LIBRE

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes :

(En cas de bénéficiaire(s) nommément désigné(s), indiquer le(s) nom(s), prénom(s), nom de naissance, date de naissance, lieu de naissance, adresse actuelle et répartition).

6 SIGNATURE

Conformément aux dispositions de l'article "Informatique et Libertés" de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie. Je peux exercer mon droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime en m'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations - SH 944 - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à ma demande la copie d'un justificatif d'identité comportant ma signature.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à mon adhésion, de la Notice avec encadré du contrat Cardif Essentiel, de l'annexe présentant la liste des supports en unités de compte, ainsi que pour chaque unité de compte choisie lors de mon adhésion : des caractéristiques principales ou du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI) ou, le cas échéant, de la note détaillée.

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du présent Bulletin d'adhésion, date à laquelle est conclue l'opération d'assurance. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à Cardif Assurance Vie - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre suivant : "Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° (numéro) au contrat Cardif Essentiel du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signature". En cas de co-adhésion, le modèle est le suivant : "Nous soussignés, (M./Mme, nom, prénom, adresse) et (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclarons renoncer à notre adhésion au contrat Cardif Essentiel n° (numéro) du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signatures". Toutefois, si je n'ai pas reçu le Tableau des valeurs de rachat minimales personnalisées correspondant à la part du versement à l'adhésion affectée, le cas échéant, au Fonds en euros, avant la signature du Bulletin d'adhésion, je peux renoncer à mon adhésion au contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception dudit Tableau figurant dans l'attestation d'adhésion adressée par Cardif, et être remboursé intégralement.

A _____

Le _____

** En cas de co-adhésion, les adhérents déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du (des) bénéficiaire(s), rachats, avances, sortie en rente, arbitrages) liées à ce contrat d'assurance vie est soumis à leur co-signature.*

**Signature de l'adhérent*
ou du (des) représentant(s) légal(aux)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

**Signature du co-adhérent*
(le cas échéant)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

Vous recevrez votre attestation d'adhésion au présent contrat au plus tard dans les 3 semaines à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion. Si vous ne la recevez pas dans ce délai, nous vous remercions d'en avertir Cardif par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du Contrat.

Vos coordonnées :

Votre nom _____

Votre prénom _____

Votre adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

Signé à _____ le _____ Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*).

En cas de révocation ou modification de mandat, vous pourrez adresser vos demandes à :

CARDIF Assurance Vie
8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.55.94.41.25

Les réclamations relatives à vos prélèvements SEPA devront être adressées à :

CARDIF Assurance Vie
Service Relations Clientèle - 8 rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Les engagements réciproques résultant du Contrat d'assurance vie et de capitalisation doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.



Souscription - Adhésion

Dans le cadre des obligations réglementaires de connaissance du client, ce document doit être complété et, signé par le client ainsi que le conseil en patrimoine / le gérant privé pour toute souscription*.

Document à adresser à CARDIF

Dans le cadre d'une co-adhésion/co-souscription, compléter une Fiche Confidentielle Client par co-adhérent/co-souscripteur.

1 Références du dossier

N° client :	<input type="text"/>	Nom du produit :	<input type="text"/>	
Date de signature de la souscription :	<input type="text"/>			
Nom et prénom :	<input type="text"/>		Né(e) le :	<input type="text"/>
Lieu de naissance :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>	
Date de première entrée en relation du client avec le conseil en patrimoine / le gérant privé :	<input type="checkbox"/> moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 5 ans <input type="checkbox"/> plus de 5 ans			

2 Situation personnelle et professionnelle

Situation de famille :			
<input type="checkbox"/>	Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Célibataire
<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Veuf(ve)
<input type="checkbox"/>	PACSé(e)		
<input type="checkbox"/>	Salarié(e)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire	Fonction précise	Employeur
<input type="checkbox"/>	Commerçant	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Indépendant	Nom de la société	Secteur d'activité
			Ville
<input type="checkbox"/>	Retraité(e)	Précisez l'activité professionnelle avant la retraite :	
<input type="checkbox"/>	Sans activité	Origine des revenus :	
Depuis le <input type="text"/> (quelle que soit la situation professionnelle. Pour les salariés = date d'entrée chez l'employeur)			
<input type="checkbox"/>	Profession du conjoint	<input type="text"/>	
Le client ou l'un de ses proches exerce-t-il ou a-t-il exercé des fonctions publiques (PPE : mandats électifs, sociaux...)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, précisez : <input type="text"/>			

3 Informations patrimoniales

Revenus annuels du foyer	<input type="checkbox"/> moins de 50 K€	<input type="checkbox"/> de 50 à 100 K€	<input type="checkbox"/> de 100 à 150 K€	<input type="checkbox"/> plus de 150 K€
Estimation du patrimoine total du foyer	<input type="checkbox"/> moins de 300 K€	<input type="checkbox"/> de 300 à 720 K€	<input type="checkbox"/> de 720 à 1.500 K€	<input type="checkbox"/> plus de 1.500 K€
	Précisez : <input type="text"/> K€			
Répartition du patrimoine total	Immobilier	Assurance vie	Valeurs mobilières	Autre(s) (précisez nature(s) et %)
	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/>
Le client est-il imposé à l'ISF ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

* Ces informations sont également à compléter pour les opérations après-vente de versement, rachat, renonciation, avance, en utilisant la Fiche Confidentielle Client « Opérations après-vente ».

4 Versement

Montant : _____ €

Objectif patrimonial du placement

- Valorisation du capital Complément de revenu (pour retraite...) Projet immobilier Transmission du capital
 Protection du conjoint Autre(s), précisez : _____

Le montant de l'opération est-il en relation avec la situation du client (cohérence avec patrimoine/revenus/activité) : Oui Non

Si la réponse est négative, précisez les raisons : _____

Origine des fonds déposés ⁽¹⁾

- Vente immobilière Donation Héritage Revenus/Dividendes
 Gain aux jeux Cession d'actifs (professionnels, immobiliers, mobiliers etc.). Précisez : _____
 Réaffectation épargne → date et origine de l'investissement initial : _____
 Autre : _____
 Nature du justificatif d'origine des fonds fourni : _____
Exemples : acte notarié, relevé de compte, avis d'imposition, ...

Copie à adresser à l'assureur pour tout versement supérieur à 50 000 €.

Tout justificatif complémentaire nécessaire pourra être réclamé par l'assureur en cas de besoin.

(1) En cas de pluralité d'origine des fonds, merci de détailler dans la zone commentaires, les dates, montants et origines.

5 Commentaires

6 Attestation de résidence fiscale (à remplir par le client)

J'atteste que je suis résident fiscal en : _____

J'atteste que je suis citoyen américain :

- oui
 non

Si oui, veuillez indiquer votre NIF américain : _____

Fait à : _____

Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et je reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires. J'autorise l'intermédiaire d'assurance à communiquer à l'assureur en application des Articles L. 561-7 et L. 561-8 du Code Monétaire et Financier (CMF), toutes les informations pertinentes pour l'exercice des diligences énoncées à l'Article L 561-6 du CMF.

Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « attestation de résident fiscal » sont exacts et conformes à la réalité.

Je m'engage à informer sans délai le conseil en patrimoine / le gérant privé de tout changement de circonstances pouvant modifier les éléments indiqués dans la présente « attestation de résidence fiscale » et, le cas échéant, à fournir une nouvelle attestation de résidence fiscale sur le formulaire requis accompagnée des justificatifs appropriés dans un délai de 30 jours à compter de ce changement.

Signature du client

Nom du Cabinet de Courtage : _____

Nom du conseil en patrimoine / du gérant privé : _____

Signature du conseil en patrimoine / du gérant privé

ORIGINAL À ADRESSER À CARDIF.

Copie à conserver par le conseil en patrimoine / le gérant privé

Ces informations sont recueillies par CARDIF conformément aux obligations réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, qui s'imposent aux Sociétés d'Assurance (Chapitres I et II du Titre VI du Livre V du Code monétaire et financier).

Conformément aux dispositions de l'article « Informatique et Liberté » de la Notice, des Conditions générales ou de la Proposition d'assurance valant note d'information du contrat, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter.

Elles seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, conseils en patrimoine / gérants privés et réassureurs. Elles pourront être communiquées :

- à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie,
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à Cardif Assurance Vie,
- à des tiers autorisés à les recevoir en application de lois ou de conventions conclues par la France organisant notamment des échanges d'informations à des fins fiscales.

Le client peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitimes en s'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations- Épargne - SH 944 - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Cette fiche pourra également être demandée par Cardif dans le cadre d'analyses complémentaires effectuées sur certaines opérations.

CARDIF Assurance Vie

SA au capital de 717 559 216 € - R.C.S. Paris 732 028 154
Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 1, boulevard Haussmann 75009 Paris
Bureaux : 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex - France - Tél. 01 41 42 83 00

2 DEMANDE D'ADHÉSION

Je demande à adhérer :

- à l'UFEP (Union Française d'Épargne et de Prévoyance, association loi 1901) moyennant un droit d'admission de 10 €,
- au contrat collectif Cardif Essentiel souscrit par l'UFEP auprès de Cardif Assurance Vie pour une durée d'adhésion de ans (en années pleines, entre 8 et 30 ans), à défaut d'indication, la durée sera de 30 ans.

3 MODALITÉS DES VERSEMENTS

- J'effectue un versement initial brut de frais d'entrée d'un montant de € (minimum 5 000 €) dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %).

Je verse mon droit d'admission de 10 € à l'UFEP + 10 €

Montant total du versement = €

(à régler par chèque bancaire libellé **exclusivement** à l'ordre de **Cardif**)

- En complément de mon versement initial, je souhaite effectuer des versements réguliers bruts de frais d'entrée d'un montant de € dont les frais d'entrée sont de % (maximum 4,75 %) par mois (minimum 150 €) trimestre (minimum 450 €) semestre (minimum 900 €) an (minimum 1 800 €)

Mes versements réguliers suivants seront prélevés automatiquement sur mon compte bancaire dont les références figurent sur le mandat de prélèvement SEPA joint au présent Bulletin d'adhésion que j'ai complété.

Vos paiements doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert à votre nom dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen et être libellés en euros à l'ordre de Cardif. Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé par Cardif.

4 RÉPARTITION DES VERSEMENTS

Ce bulletin ne permet les versements que sur le Fonds en euros et les supports en unités de compte.

Je demande que mon versement initial et mes versements réguliers soient répartis comme indiqué ci-après. La liste des supports en unités de compte éligibles à mon contrat est une annexe remise avec la Notice.

Les codes ISIN et les libellés des supports en unités de compte doivent impérativement être renseignés. Si le total de la répartition est inférieur à 100 %, la part représentant le complément est affectée au Fonds en euros.

Je peux répartir mes versements entre les trois classes de supports en unités de compte suivantes :

"Modéré" (M) avec une orientation de gestion prudente et un rendement limité compte tenu d'une prise de risque très réduite.

"Tonique" (T) avec une orientation de gestion équilibrée, à tendance dynamique.

"Offensif" (O) avec une orientation de gestion offensive, et une volatilité très élevée.

CODE ISIN	LIBELLÉS	VERSEMENT INITIAL (en %)	VERSEMENT RÉGULIERS (en %)
Fonds en euros			
SUPPORTS EN UNITÉS DE COMPTE			
Modéré			
Tonique			
Offensif			
SCI⁽¹⁾			
GF0000000534	Primonial Capimmo		
TOTAL		100 %	100 %

(1) La part des versements affectée à des unités de compte correspondant à des parts de SCI ne doit pas excéder 30 % du montant versé.

5 BÉNÉFICIAIRES

Je choisis l'une des clauses bénéficiaires suivantes.

Votre situation personnelle et / ou familiale peut évoluer. Nous vous invitons à faire le point régulièrement sur la clause bénéficiaire que vous allez choisir.

1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE STANDARD

En cas de décès avant le terme de mon adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux seront versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux à ses représentants, à défaut à mes héritiers.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 1^{er} décès : en cas de décès de l'un des co-adhérents avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés au co-adhérent survivant à la date du décès, à défaut aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

Pour la co-adhésion avec dénouement au 2^e décès : en cas de décès du dernier co-adhérent avant le terme de l'adhésion et à défaut de désignation valable à la date du décès, les capitaux décès seront versés aux enfants vivants des co-adhérents ou en cas de décès de l'un de ces enfants à ses représentants, à défaut aux héritiers des co-adhérents.

2 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOMINATIVE

Je désigne ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes. **Cocher l'option retenue : a ou b**

BÉNÉFICIAIRES DÉSIGNÉS				
Nom	Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance
1			___/___/___	
Adresse :				
2			___/___/___	
Adresse :				
3			___/___/___	
Adresse :				
4			___/___/___	
Adresse :				

a - par parts égales.

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants, à défaut à mes héritiers.

ou

b - par parts différentes : **1** % + **2** % + **3** % + **4** % = **100 %**

Je choisis la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée à ses représentants par parts égales, à défaut à mes héritiers.

Je ne choisis pas la représentation en cas de **prédéces** de l'un des bénéficiaires ou de **renonciation** au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires.

En cas de prédécès ou de renonciation au bénéfice du contrat de l'un des bénéficiaires désignés, sa part sera versée entre les bénéficiaires vivants selon leur quote-part, à défaut à mes héritiers.

5 BÉNÉFICIAIRES (suite)

3 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOTARIÉE

Je désigne comme bénéficiaire(s) des capitaux en cas de décès la(les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire ou dans le testament déposé(e) chez Maître (nom, prénom, nom de l'étude, adresse de l'étude), à défaut à mes héritiers.

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'étude : _____

Adresse de l'étude : _____

Ville : _____ Pays : _____ Code postal complet : | | | | | | | |

4 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE LIBRE

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) selon les modalités suivantes :

(En cas de bénéficiaire(s) nommément désigné(s), indiquer le(s) nom(s), prénom(s), nom de naissance, date de naissance, lieu de naissance, adresse actuelle et répartition).

6 SIGNATURE

Conformément aux dispositions de l'article "Informatique et Libertés" de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie. Je peux exercer mon droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime en m'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations - SH 944 - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à ma demande la copie d'un justificatif d'identité comportant ma signature.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à mon adhésion, de la Notice avec encadré du contrat Cardif Essentiel, de l'annexe présentant la liste des supports en unités de compte, ainsi que pour chaque unité de compte choisie lors de mon adhésion : des caractéristiques principales ou du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI) ou, le cas échéant, de la note détaillée.

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du présent Bulletin d'adhésion, date à laquelle est conclue l'opération d'assurance. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à Cardif Assurance Vie - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre suivant : "Je soussigné(e) (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° (numéro) au contrat Cardif Essentiel du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signature". En cas de co-adhésion, le modèle est le suivant : "Nous soussignés, (M./Mme, nom, prénom, adresse) et (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclarons renoncer à notre adhésion au contrat Cardif Essentiel n° (numéro) du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signatures". Toutefois, si je n'ai pas reçu le Tableau des valeurs de rachat minimales personnalisées correspondant à la part du versement à l'adhésion affectée, le cas échéant, au Fonds en euros, avant la signature du Bulletin d'adhésion, je peux renoncer à mon adhésion au contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception dudit Tableau figurant dans l'attestation d'adhésion adressée par Cardif, et être remboursé intégralement.

A _____

Le _____

** En cas de co-adhésion, les adhérents déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du (des) bénéficiaire(s), rachats, avances, sortie en rente, arbitrages) liées à ce contrat d'assurance vie est soumis à leur co-signature.*

**Signature de l'adhérent*
ou du (des) représentant(s) légal(aux)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

**Signature du co-adhérent*
(le cas échéant)**
précédée de la mention
"lu et approuvé"

Vous recevrez votre attestation d'adhésion au présent contrat au plus tard dans les 3 semaines à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion. Si vous ne la recevez pas dans ce délai, nous vous remercions d'en avertir Cardif par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Mandat de prélèvement SEPA

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvement bancaire ci-dessous et le faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

Référence unique du Mandat (à remplir par Cardif Assurance Vie)

- En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CARDIF Assurance Vie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CARDIF Assurance Vie.
- Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du Contrat.

Vos coordonnées :

Votre nom _____

Votre prénom _____

Votre adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :

Coordonnées du créancier :

CARDIF Assurance Vie

I.C.S FR28ZZZ110086 (*Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance*)

8, rue du Port

92728 Nanterre Cedex

Signé à _____ le _____ Signature

Type de paiement : Paiement récurrent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (*ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE*).

En cas de révocation ou modification de mandat, vous pourrez adresser vos demandes à :

CARDIF Assurance Vie
8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01.55.94.41.25

Les réclamations relatives à vos prélèvements SEPA devront être adressées à :

CARDIF Assurance Vie
Service Relations Clientèle - 8 rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Les engagements réciproques résultant du Contrat d'assurance vie et de capitalisation doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.



Fiche Confidentielle Client

Personne Physique

Souscription - Adhésion

Dans le cadre des obligations réglementaires de connaissance du client, ce document doit être complété et, signé par le client ainsi que le conseil en patrimoine / le gérant privé pour toute souscription*.

Document à adresser à CARDIF

Dans le cadre d'une co-adhésion/co-souscription, compléter une Fiche Confidentielle Client par co-adhérent/co-souscripteur.

1 Références du dossier

N° client :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nom du produit :	<input type="text"/>		
Date de signature de la souscription :	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Nom et prénom :	<input type="text"/>		Né(e) le :	<input type="text"/>		
Lieu de naissance :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>			
Date de première entrée en relation du client avec le conseil en patrimoine / le gérant privé :	<input type="checkbox"/>	moins de 1 an	<input type="checkbox"/>	1 à 5 ans	<input type="checkbox"/>	plus de 5 ans

2 Situation personnelle et professionnelle

Situation de famille :	<input type="checkbox"/>	Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>	PACSé(e)			
<input type="checkbox"/>	Salarié(e)												
<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire		Fonction précise					Employeur					
<input type="checkbox"/>	Commerçant												
<input type="checkbox"/>	Indépendant		Nom de la société		Secteur d'activité			Ville					
<input type="checkbox"/>	Retraité(e)		Précisez l'activité professionnelle avant la retraite :										
<input type="checkbox"/>	Sans activité		Origine des revenus :										
Depuis le	<input type="text"/>	(quelle que soit la situation professionnelle. Pour les salariés = date d'entrée chez l'employeur)											
<input type="checkbox"/>	Profession du conjoint												
Le client ou l'un de ses proches exerce-t-il ou a-t-il exercé des fonctions publiques (PPE : mandats électifs, sociaux...) ?										<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, précisez :										<input type="text"/>			

3 Informations patrimoniales

Revenus annuels du foyer	<input type="checkbox"/>	moins de 50 K€	<input type="checkbox"/>	de 50 à 100 K€	<input type="checkbox"/>	de 100 à 150 K€	<input type="checkbox"/>	plus de 150 K€	
Estimation du patrimoine total du foyer	<input type="checkbox"/>	moins de 300 K€	<input type="checkbox"/>	de 300 à 720 K€	<input type="checkbox"/>	de 720 à 1.500 K€	<input type="checkbox"/>	plus de 1.500 K€	Précisez : <input type="text"/> K€
Répartition du patrimoine total		Immobilier		Assurance vie		Valeurs mobilières		Autre(s) (précisez nature(s) et %)	
		<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	
Le client est-il imposé à l'ISF ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non					

* Ces informations sont également à compléter pour les opérations après-vente de versement, rachat, renonciation, avance, en utilisant la Fiche Confidentielle Client « Opérations après-vente ».

4 Versement

Montant : _____ €

Objectif patrimonial du placement

- Valorisation du capital Complément de revenu (pour retraite...) Projet immobilier Transmission du capital
 Protection du conjoint Autre(s), précisez : _____

Le montant de l'opération est-il en relation avec la situation du client
(cohérence avec patrimoine/revenus/activité) : Oui Non

Si la réponse est négative, précisez les raisons : _____

Origine des fonds déposés ⁽¹⁾

- Vente immobilière Donation Héritage Revenus/Dividendes
 Gain aux jeux Cession d'actifs (professionnels, immobiliers, mobiliers etc.). Précisez : _____
 Réaffectation épargne → date et origine de l'investissement initial : _____
 Autre : _____
 Nature du justificatif d'origine des fonds fourni : _____
Exemples : acte notarié, relevé de compte, avis d'imposition, ...

Copie à adresser à l'assureur pour tout versement supérieur à 50 000 €.

Tout justificatif complémentaire nécessaire pourra être réclamé par l'assureur en cas de besoin.

(1) En cas de pluralité d'origine des fonds, merci de détailler dans la zone commentaires, les dates, montants et origines.

5 Commentaires

6 Attestation de résidence fiscale (à remplir par le client)

J'atteste que je suis résident fiscal en : _____

J'atteste que je suis citoyen américain :

- oui
 non

Si oui, veuillez indiquer votre NIF américain : _____

Fait à : _____

Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

J'atteste de l'exactitude des informations ci-dessus et je reconnais avoir été informé que celles-ci sont obligatoires. J'autorise l'intermédiaire d'assurance à communiquer à l'assureur en application des Articles L. 561-7 et L. 561-8 du Code Monétaire et Financier (CMF), toutes les informations pertinentes pour l'exercice des diligences énoncées à l'Article L 561-6 du CMF.

Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « attestation de résident fiscal » sont exacts et conformes à la réalité.

Je m'engage à informer sans délai le conseil en patrimoine / le gérant privé de tout changement de circonstances pouvant modifier les éléments indiqués dans la présente « attestation de résidence fiscale » et, le cas échéant, à fournir une nouvelle attestation de résidence fiscale sur le formulaire requis accompagnée des justificatifs appropriés dans un délai de 30 jours à compter de ce changement.

Signature du client

Nom du Cabinet de Courtage : _____

Nom du conseil en patrimoine / du gérant privé : _____

Signature du conseil en patrimoine / du gérant privé

ORIGINAL À ADRESSER À CARDIF.

Copie à conserver par le conseil en patrimoine / le gérant privé

Ces informations sont recueillies par CARDIF conformément aux obligations réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, qui s'imposent aux Sociétés d'Assurance (Chapitres I et II du Titre VI du Livre V du Code monétaire et financier).

Conformément aux dispositions de l'article « Informatique et Liberté » de la Notice, des Conditions générales ou de la Proposition d'assurance valant note d'information du contrat, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération puis l'exécuter.

Elles seront utilisées pour la gestion interne de Cardif Assurance Vie, ses mandataires, conseils en patrimoine / gérants privés et réassureurs. Elles pourront être communiquées :

- à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de Cardif Assurance Vie,
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à Cardif Assurance Vie,
- à des tiers autorisés à les recevoir en application de lois ou de conventions conclues par la France organisant notamment des échanges d'informations à des fins fiscales.

Le client peut exercer son droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitimes en s'adressant à Cardif Assurance Vie - Service qualité réclamations- Épargne - SH 944 - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, en joignant à sa demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Cette fiche pourra également être demandée par Cardif dans le cadre d'analyses complémentaires effectuées sur certaines opérations.

CARDIF Assurance Vie

SA au capital de 717 559 216 € - R.C.S. Paris 732 028 154

Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 1, boulevard Haussmann 75009 Paris

Bureaux : 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex - France - Tél. 01 41 42 83 00