

Formulaire de versement(s)

Exemplaire à compléter et signer

Merci de compléter ces informations en majuscules.

N° de client Cardif:

N° de contrat:

Référence de l'acte:

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance

Numéro d'apporteur:

Nom:

Identité de l'Adhérent (données obligatoires)

Adhérent M. Mme

Nom:

Prénom:

Nom de naissance:

Né(e) le: / /

à: Dépt:

Pays de naissance (si autre que France):

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée):

Secteur d'activité:

co-Adhérent le cas échéant M. Mme

(uniquement pour les époux mariés sous un régime comportant une clause d'avantage matrimonial)

Nom:

Prénom:

Nom de naissance:

Né(e) le: / /

à: Dépt:

Pays de naissance (si autre que France):

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée):

Secteur d'activité:

Versement(s)

Versement libre

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant de € (minimum 500 €).

Versements réguliers

Je souhaite mettre en place des versements réguliers

Je souhaite modifier mes versements réguliers

Montant: €

Périodicité: mensuelle (minimum 50€) trimestrielle (minimum 150€)

semestrielle (minimum 300€) annuelle (minimum 600€)

À partir de la fin / par défaut à la prochaine fin de mois
mois année

Mode de gestion et/ou répartition en Gestion libre: je complète la partie « Répartition du/des versement(s) »

Je souhaite modifier mes coordonnées bancaires (joindre le mandat SEPA rempli et signé, accompagné d'un RIB).

Je souhaite suspendre mes versements réguliers. La reprise sera effectuée à ma demande.

Origine des fonds: s'il s'agit de fonds propres, font-ils l'objet d'un emploi? OUI (joindre la clause de emploi) NON

(1) Paraphe indispensable pour les contrats en co-Adhésion.

Paraphes de l'Adhérent et/ou du(des) représentant(s) légal(aux)

Paraphes du co-Adhérent et/ou du(des) représentant(s) légal(aux) (Le cas échéant)⁽¹⁾

Répartition du/des versements(s)

Pour la Gestion déléguée, je choisis la(ou les) société(s) de gestion/Conseiller en investissement financier parmi la liste proposée par Cardif. **En cas de mise en place ou de modification des versements réguliers, je ne peux choisir qu'un mode de gestion.**

Mode de gestion		Objectif de gestion	Montant du versement libre	Montant du versement régulier (un seul mode de gestion possible)
Gestion libre			_____ €	_____ €
Gestion déléguée	Gestion déléguée Lucya		_____ €	_____ €
			_____ €	_____ €
	Gestion déléguée Fidelity International		_____ €	_____ €
			_____ €	_____ €
Montant total du versement libre et/ou régulier			_____ €	_____ €

La part du versement adossée au Fonds général et aux autres Fonds en euros est immédiatement investie sur ce(s) support(s).

Pendant un délai de trente jours calendaires à compter de la date d'effet de l'adhésion, la part du versement libre affectée à des supports en unités de compte peut être investie en totalité sur un support monétaire d'attente. Au terme de ce délai, la part de la valeur de rachat affectée à ce support est investie selon le(s) mode(s) de gestion choisi(s) par l'Adhérent.

En cas de mise en place de la Gestion déléguée: je reconnais avoir complété et signé la(ou les) convention(s) de Gestion déléguée avec Cardif. J'ai sélectionné dans le tableau ci-dessus la(ou les) société(s) de gestion/Conseiller en investissement financier qui fourniront à Cardif des conseils en investissement et le(ou les) objectif(s) de gestion, sur les indications de l'intermédiaire en assurance

Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse comme à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers et/ou immobiliers. Les supports en unités de compte présentent donc un risque de perte en capital pouvant être partielle ou totale. L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, mais pas sur leur valeur.

(1) Paraphe indispensable pour les contrats en co-Adhésion.

Paraphes de l'Adhérent et/ou du(des) représentant(s) légal(aux)

Paraphes du co-Adhérent et/ou du(des) représentant(s) légal(aux)
(le cas échéant)⁽¹⁾

Mode de paiement

Le versement libre est effectué après acceptation de l'opération par Cardif:

- par prélèvement (compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après et joindre un RIB);
- par chèque n° _____ libellé à l'ordre de Cardif Assurance Vie;
- par virement bancaire sur le compte de Cardif Assurance Vie ouvert chez BNP Paribas:
IBAN: FR76 3000 4021 1800 0161 1028 092
BIC: BNPAFRPPBQ

(Il conviendra de joindre une copie de l'ordre de virement).

Les versements réguliers seront prélevés automatiquement sur le compte bancaire dont les références figurent sur le mandat de prélèvement ci-joint complété (compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après et joindre un RIB), le dernier jour du mois selon la périodicité choisie si la demande intervient avant le 15 du mois précédent. Dans le cas contraire, la mise en place n'est prise en compte qu'à compter du dernier jour du 2^e mois qui suit la demande.

Les paiements effectués par l'Adhérent doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un État membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Économique Européen ou membre de l'espace unique de paiement en euros (SEPA) et être libellés en euros à l'ordre de Cardif Assurance Vie.

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 l'Assureur.

Aucun versement en espèces n'est accepté.

Signature(s)

Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et accepté :

- les caractéristiques principales des supports en unité de compte choisis valablement indiquées par la remise des Documents d'Informations Clés (DIC) et/ou des Documents d'Informations Spécifiques (DIS),
- pour les supports en euros la remise d'un Document d'Informations Clés (DIC) / Document d'Informations Spécifiques (DIS).
- le cas échéant les Dispositions spéciales des offres choisies.

Je reconnais également avoir été informé que les Documents d'Informations Clés (DIC) des supports en euros et en unités de compte sont mis à disposition sur le site de l'Assureur : <https://document-information-cle.cardif.fr/CGPI>.

Fait à : _____, le : ____ / ____ / _____

Signature de l'Adhérent
et/ou du(des) représentant(s) légal(aux)⁽¹⁾
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du co-Adhérent⁽²⁾ (le cas échéant)
et/ou du(des) représentant(s) légal(aux)⁽¹⁾
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

(1) Si l'Adhérent bénéficie d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, habilitation familiale, sauvegarde de justice), il convient de se rapprocher de votre Courtier pour connaître les démarches à effectuer.

Si l'Adhérent est un mineur, signature obligatoire du bulletin par les deux parents. Si un seul des parents a l'autorité parentale, joindre l'ordonnance du juge autorisant l'opération.

(2) En cas de co-adhésion, les Adhérents déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (versement complémentaire, arbitrage, mise en place ou modification des modes de gestion) liées à ce contrat est soumis à leur co-signature

AssuranceVie.com

Assurancevie.com est une marque de LUCYA, société de courtage en assurance. Société par Actions Simplifiée au capital de 2200000 €, dont le siège social est situé 13 rue d'Uzès, 75002 Paris.

Elle est immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° 478.594.351, ainsi qu'à l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance, www.orias.fr) sous le n° 07004394.

Cardif Assurance Vie

Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme au capital de 719.167.488 € - 732.028.154 RCS Paris
Siège social: 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris - Bureaux: 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex.

Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP)

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 1, rue des Fondrières - 92000 Nanterre.

Mandat de prélèvements SEPA

Pour permettre à Cardif Assurance Vie de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir le mandat de prélèvements bancaires ci-dessous et le faire parvenir à Cardif Assurance Vie (à l'adresse ci-dessous) 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.
- Vous êtes informé que la pré-notification des prélèvements SEPA aura lieu au plus tard 5 jours ouvrés avant leur date d'échéance. Si cela ne vous convient pas, vous disposez d'un moyen de paiement alternatif en la forme du chèque ou du virement.

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 _____

Type de paiement : Paiement récurrent

Signature de l'Adhérent
(et/ou du co-Adhérent le cas échéant)

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec vous. Vous pouvez exercer vos différents droits (droit d'accès, de rectification, d'opposition...) en vous adressant au délégué à la protection des données (DPO) du créancier à l'adresse suivante : BNP Paribas CARDIF - DPO - 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex, ou data.protection@cardif.com

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à :

Cardif Assurance Vie
Service Clients Épargne
8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex
Tél. : 01 41 42 64 15

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, vous consentez expressément au paiement de votre 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 votre responsabilité vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.