



Cardif Multiplus Perspective

CONTRAT D'ASSURANCE VIE



CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

SÉRIE A JANVIER 2015
BULLETIN D'ADHÉSION

N° de client Cardif

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance :

Numéro d'apporteur _____

Nom Euro Patrimoine Investissement CK

Votre Bulletin d'adhésion

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

CARDIF Assurance Vie : Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 717 559 216 € - 732 028 154 RCS Paris

Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris
Bureaux : 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex - France - Tél. 01 41 42 83 00

Cardif Multiplus Perspective

Contrat d'assurance sur la vie de groupe en Fonds diversifié et en unités de compte

Identité de l'adhérent (données obligatoires)

Adhérent M. Mme

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal | | | | | Ville _____

Pays _____

Tél. personnel | | | | | | | | | | _____

Tél. portable | | | | | | | | | | _____

Tél. prof. | | | | | | | | | | _____

Email _____

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 vous être obligatoirement envoyés en original et que vous m'en informerez si le cas se présente. Je prends acte que ces données 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 _____ Dépt./Pays _____

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° _____

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

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 unique de 10 €,

- au contrat **Cardif Multiplus Perspective** souscrit par l'UFEP 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.

soit _____ (en lettres)

La durée d'adhésion correspond à la date à laquelle la garantie en capital s'exercera pour le Fonds diversifié.

Co-adhérent le cas échéant

M. Mme

Nom _____

Nom de naissance _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal | | | | | Ville _____

Pays _____

Tél. personnel | | | | | | | | | | _____

Tél. portable | | | | | | | | | | _____

Tél. prof. | | | | | | | | | | _____

Email _____

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 vous être obligatoirement envoyés en original et que vous m'en informerez si le cas se présente. Je prends acte que ces données 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 _____ Dépt./Pays _____

Résidence fiscale _____

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) _____

Secteur d'activité _____

Dénouement :

Au 1^{er} décès

Au 2^e 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)

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° _____

Modalités des versements

- J'effectue un **versement initial** d'un montant de : _____ € (minimum 25 000 €)
- Je verse mon droit d'admission de 10 € à l'UFEP + _____ 10 €
- **Montant total du versement** = _____ €
soit _____ € (en lettres) (à régler par chèque bancaire libellé **exclusivement** à l'ordre de Cardif)

En complément de mon versement initial, je souhaite effectuer

Droits d'entrée : 0,50%

des **versements réguliers** d'un montant de : _____ € par Mois Trimestre Semestre An
(minimum 125 €) (minimum 375 €) (minimum 750 €) (minimum 1 500 €)

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. Je pourrai à tout moment effectuer des versements complémentaires.

Les versements provenant d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement établi aux États-Unis ne sont pas autorisés.

Répartition des versements

Je demande que mes versements soient répartis selon le tableau suivant : (la liste des supports éligibles à mon adhésion est spécifiée dans l'annexe à 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 diversifié.

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. Risque de perte en capital faible à modéré.

"Tonique" (T) avec une orientation de gestion équilibrée, à tendance dynamique. Risque de perte en capital modéré à élevé.

"Offensif" (O) avec une orientation de gestion offensive, et une volatilité très élevée. Risque de perte en capital élevé à très élevé.

		Versement initial (en %)	Versements réguliers (en %)
FONDS DIVERSIFIÉ			
SUPPORTS EN UNITÉS DE COMPTE			
	Code ISIN	Libellé	
Modéré			
Tonique			
Offensif			
TOTAL		100 %	100 %

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

Mise en place d'un service financier

Je souhaite mettre en place le(s) service(s) suivant(s) :

Garantie Renforcée

Optimisation des plus-values

La part de valeur de rachat affectée à chaque support en unités de compte choisi dans le cadre de ce service est au minimum de 3 000 €.

Périodicité : mensuelle trimestrielle Seuil de déclenchement : 5 % 10 % 15 % 20 %

Supports en unités de compte concernés par l'arbitrage automatique en cas de plus-value (5 au maximum)

Code ISIN	Libellé

Fonds diversifié ou support en unités de compte destinataire de la plus-value arbitrée

Code ISIN	Libellé

Bénéficiaires

1 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE STANDARD

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

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

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.

3 - CLAUSE BÉNÉFICIAIRE NOTARIÉE

Je désigne comme bénéficiaire 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) nommé(s) désigné(s), indiquer le(s) nom(s), prénom(s), nom de naissance, date de naissance, lieu de naissance, adresse actuelle et répartition).

Signature

Conformément aux dispositions de l'article « Informatique et libertés » de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance 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. 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 - Épargne - 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 Cardif Multiplus Perspective, de l'annexe présentant la liste des supports en unités de compte, ainsi que pour chaque unité de compte choisie lors de ma souscription et pour l'unité de compte « BNP PARIBAS Monétaire Assurance »: 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 - 92 728 Nanterre Cedex. Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après : « Je soussigné(e) (M./Mme, nom prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° (numéro) au contrat Cardif Multiplus Perspective 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 n° (numéro) au contrat Cardif Multiplus Perspective du (date de signature du Bulletin d'adhésion). Le (date). Signature ».

A _____

Le _____

**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"

* 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.

Vous recevrez votre attestation d'adhésion au présent contrat dans un délai maximum de 3 semaines suivant la 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.

Intermédiaires en assurance

Le contrat Cardif Multiplus Perspective est distribué par des intermédiaires en assurance, dont l'activité est réglementée par les Articles L. 511-1 et suivants du Code des assurances.

Les intermédiaires en assurance doivent être immatriculés au registre des intermédiaires en assurance, tenu par l'Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance (ORIAS), dont le siège social est situé : 1, rue Jules Lefebvre - 75331 Paris Cedex 09 Paris. Ce registre est librement accessible au public sur le site www.orias.fr.

En application des dispositions de l'article R. 520-1 du Code des assurances, toute information spécifique relative à votre intermédiaire en assurance vous sera directement communiquée par celui-ci.

Vous pouvez vous adresser à votre intermédiaire en assurance en cas de contestation relative à son activité d'intermédiation en assurance.

Conformément à l'article L. 310-12 du Code des assurances, l'intermédiaire en assurance est soumis, de par sa qualité, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

Dossier à retourner à :
Euro Patrimoine Investissement
15, rue Masséna
06000 Nice