

Afin que la présente demande soit acceptée, il est nécessaire de remplir l'encadré relatif à l'origine des fonds situé en page 2.

CONTRAT

Nom du contrat _____

Numéro du contrat _____

SOUSCRIPTEUR

Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

J'atteste que les informations relatives à ma situation personnelle, familiale, professionnelle et patrimoniale précédemment recueillies n'ont pas été modifiées.

Dans le cas contraire, je joins à la présente demande une nouvelle fiche de renseignements confidentiels, et reconnais que celle-ci sera nécessaire au traitement de l'opération envisagée.

Les paiements effectués par le Souscripteur doivent intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom du Souscripteur 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 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.

CO-SOUSCRIPTEUR

Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

J'atteste que les informations relatives à ma situation personnelle, familiale, professionnelle et patrimoniale précédemment recueillies n'ont pas été modifiées.

Dans le cas contraire, je joins à la présente demande une nouvelle fiche de renseignements confidentiels, et reconnais que celle-ci sera nécessaire au traitement de l'opération envisagée.

VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Montant du Versement Complémentaire (brut de frais à l'entrée et sur versement) _____ € (minimum 750€) Frais d'entrée _____ %

Versement Complémentaire venant en remboursement d'une avance

Chèque Bancaire / CCP libellé à l'ordre de **CARDIF ASSURANCE VIE**

Numéro du chèque _____ Nom de la banque _____

Numéro du compte _____ Titulaire du compte _____

Virement sur le compte de l'Assureur n° **FR76 3000 4021 1800 0101 5312 292**

Dans ce cas, joindre le bordereau d'ordre de virement de la banque.

Le titulaire du compte est-il le souscripteur ?

Oui Non - Préciser le lien entre le titulaire du compte et le souscripteur (conjoint, ascendant, notaire...) et compléter ces informations par un justificatif (acte de donation, de vente...) et par une pièce d'identité du titulaire du compte _____

VERSEMENTS PROGRAMMÉS (compléter impérativement le mandat de prélèvement SEPA ci-après et joindre un RIB.)

Mise en place

Modification

Arrêt des versements programmés

Montant des Versements Programmés (brut de frais à l'entrée et sur versement) _____ € Frais d'entrée _____ %

Fréquence des prélèvements: Annuelle (mini 750€) Semestrielle (mini 450€)

Trimestrielle (mini 300€) Mensuelle (mini 150€)

Date du 1^{er} prélèvement 05 / _____ / _____ Durée _____ ans

Les versements programmés ne peuvent être affectés qu'au Fonds Général et aux supports en unités de compte de type OPC (hors actifs à période de commercialisation limitée tels que les fonds à formule ou à gestion alternative ou les unités de compte correspondant à des supports immobiliers).

RÉPARTITION DEMANDÉE

Je souhaite que le montant soit réparti de la façon suivante* :

	Nom du support (minimum obligatoire de 150€ par support)	Code Isin (à renseigner obligatoirement)	Versements complémentaires	Versements libres programmés	
1					%
2					%
3					%
4					%
5					%
6					%

* 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.

Le souscripteur reconnaît avoir reçu et pris connaissance de toutes les informations précontractuelles et contractuelles nécessaires à sa prise de décision (notices AMF des fonds sélectionnés, contrats, etc.). Le(s) souscripteur(s) reconnaît avoir été informé que la notice d'information ou le prospectus simplifié, la note détaillée, le règlement ou les Statuts, le dernier rapport annuel et le dernier état périodique du ou des supports libellés en unités de compte investis sont disponibles sur simple demande écrite auprès de la société de gestion OPCVM concernés ou auprès de l'Autorité des Marchés financiers via internet : <http://www.amf-France.org>. Le(s) souscripteur(s) reconnaît avoir pris connaissance et accepté les dispositions particulières afférentes à la gestion des unités de compte ARIA et notamment les règles d'investissement.

PARAPHES

ORIGINE DES FONDS

Il conviendra d'indiquer le montant afférant à chaque origine dès le premier euro versé.

Ces informations devront être complétées par tout document justificatif :

- Pour un versement complémentaire supérieur ou égal à 50 000€
- Pour des versements programmés dont le montant total dépasse 50 000€ sur une année glissante
- Pour un versement complémentaire effectué par un tiers

Dans les autres cas, NORTIA et/ou l'assureur se réserve(nt) le droit de réclamer une fiche de renseignement confidentiel en complément du présent document si nécessaire.

DANS LE CADRE D'UN SOUSCRIPTEUR PERSONNE PHYSIQUE

ORIGINES	MONTANT
<input type="checkbox"/> Transferts/Réemplois d'épargne de plus de 5 ans	_____ €
<input type="checkbox"/> Transferts/Réemplois d'épargne de moins de 5 ans	_____ €
Préciser le type de produit d'origine _____	
<input type="checkbox"/> Vente immobilière	_____ €
<input type="checkbox"/> Héritage/Don/Succession	_____ €
Préciser filiation et date _____	
<input type="checkbox"/> Revenus professionnels (primes, salaires, dividendes...)	_____ €
<input type="checkbox"/> Cession d'actifs professionnels ou de parts de société (commerce, exploitation agricole...)	_____ €
<input type="checkbox"/> Vente de biens mobiliers (œuvres d'art, bateau...)	_____ €
<input type="checkbox"/> Autre :	_____ €
Préciser nature, date de la transaction à l'origine de l'épargne réinvestie, et établissement d'origine : _____	

DANS LE CADRE D'UN SOUSCRIPTEUR PERSONNE MORALE

ORIGINES	MONTANT
<input type="checkbox"/> Trésorerie	_____ €
<input type="checkbox"/> Cession d'actifs mobiliers	_____ €
<input type="checkbox"/> Cession d'actifs immobiliers	_____ €
<input type="checkbox"/> Autre :	_____ €
Préciser nature, date de la transaction à l'origine de l'épargne réinvestie, et établissement d'origine : _____	

Les informations recueillies sont nécessaires à l'Assureur pour réaliser et exécuter l'opération, ainsi que pour les finalités mentionnées au sein de l'article « Informatique et libertés » des dispositions contractuelles. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait, à la portabilité ainsi que votre droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès en vous adressant au délégué à la protection des données (DPO) de l'Assureur à l'adresse suivante : Cardif Assurance Vie / AEP - LDPC - 76 rue de la Victoire - 75009 PARIS, ou protectiondesdonnees@mail.aep.com.

SIGNATURE(S)

Fait à _____	Le _____		
Nom, cachet et signature du Courtier d'assurance	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;">Signature du Souscripteur</td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;">Signature du Co-souscripteur</td> </tr> </table>	Signature du Souscripteur	Signature du Co-souscripteur
Signature du Souscripteur	Signature du Co-souscripteur		

NORTIA/ELI/GESTION/181204

AEP_VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU PROGRAMMÉS - page 2/2

AEP - ASSURANCE EPARGNE PENSION®,
Une marque commerciale de BNP Paribas Cardif
Cardif Assurance Vie - Société anonyme au capital de 719 167 488 €
732 028 154 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 1, boulevard Haussmann 75009 Paris
Bureaux : 76, rue de la Victoire 75009 PARIS

NORTIA - Société de Courtage d'Assurance
et Courtier en Opérations de Banque et en Services de Paiement
Siège social : 215 Avenue Le Nôtre - BP 90335 - 59056 ROUBAIX Cedex 1
SAS au capital de 2 007 786,65 euros
Immatriculée au RCS Lille Métropole 398 621 102 000 43
Immatriculée sous le n° ORIAS 07 001 890 ([site internet : www.orias.fr](http://www.orias.fr))
Les informations relatives au traitement des réclamations sont disponibles sur simple demande ou à cette adresse : <http://www.nortia.fr/legales.html>

Mandat de prélèvement SEPA (à faire parvenir à AEP - Assurance Épargne Pension dans les meilleurs délais, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)).

Coordonnées du Créancier :

CARDIF Assurance Vie
I.C.S FR28ZZ110086 (Identifiant SEPA de l'entreprise d'assurance)
8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex

- 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 huit 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 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).

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser à : AEP - Assurance Épargne Pension, Direction de l'Exploitation, 76, rue de la Victoire - 75009 PARIS.

Référence unique du Mandat (à remplir par l'Assureur) :

Vos coordonnées et coordonnées de votre compte :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

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

Signé à : _____ Le : _____

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance 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.

Signature :

