

## VOTRE SOUSCRIPTION EN 3 ETAPES



**Etape 1 :** Toute souscription doit être réalisée après consultation :

- Des conditions générales
- Des annexes financières



**Etape 2 :** Renseigner le Bulletin de Souscription en indiquant les frais de souscription qui vous sont accordés.



Attention à la rédaction de la clause bénéficiaire, à l'allocation d'actifs, aux options de gestion et aux garanties de prévoyance.



**Etape 3 :** Envoyer votre Bulletin de souscription à :

**ACTIFINANCES  
40 Rue de Paradis  
75010 PARIS**

Accompagné de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso)
- Un chèque de votre versement à l'ordre de MMA VIE
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile

Le cas échéant :

- L'autorisation de prélèvement

### **Une question, un renseignement ? Pour toutes informations ...**

ACTIFINANCES est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h30 à 19h00 sur rendez-vous ou par téléphone au : 01.42.88.17.87

Nous accuserons réception de votre dossier par mail.

**ASSURANCE VIE MULTISUPPORT**

# ***Long-Cours***

**Proposition d'assurance**

**AZUR PATRIMOINE**

Code point de vente

N° de dossier point de vente

ACTIFINANCES  
40 rue de Paradis  
75010 PARIS  
N°ORIAS : 07004158

**PREMIER SOUSCRIPTEUR / ASSURE**

N° de personne .....

M.  Mme  Mlle

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Situation de famille ..... Nombre d'enfants .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance (commune, département, pays) .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ou commune .....

CSP / Profession .....

Nature et n° de la pièce d'identité présentée (joindre obligatoirement une photocopie) : .....

**SECOND SOUSCRIPTEUR / ASSURE (Obligatoirement le conjoint du premier souscripteur / assuré)**

N° de personne .....

M.  Mme

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénom ..... Situation de famille ..... Nombre d'enfants .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance (commune, département, pays) .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ou commune .....

CSP / Profession .....

Nature et n° de la pièce d'identité présentée (joindre obligatoirement une photocopie) : .....

**Précisions : la co-souscription avec dénouement au second décès est possible pour des couples mariés sous le régime de la communauté universelle avec attribution intégrale de la communauté au conjoint survivant. Dans cette hypothèse, une copie du contrat de mariage ou une copie du jugement d'homologation de changement de régime matrimonial et de l'acte authentique rédigé par le notaire doit être jointe à la proposition d'assurance.**

**VERSEMENT**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, sous réserve de l'encaissement par l'assureur du premier versement effectué par le souscripteur / assuré.

Montant du versement à la souscription \_\_\_\_\_ € (minimum 7 500 € ou 3 800 € si vous optez pour des versements programmés à la souscription)

selon chèque ci-joint établi à l'ordre de **MMA Vie**.

J'opte pour des versements programmés d'un montant annuel de \_\_\_\_\_ € (minimum 1 800 €)

versés par fraction  mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

et je remplis l'autorisation de prélèvement automatique jointe.

Frais sur versements : 4,95 % Frais de gestion : 0,90 % par an

**REPARTITION DES VERSEMENTS**

	Versement à la souscription	Versements programmés		Versement à la souscription	Versements programmés
Sécurifrance	_____ %	_____ %	KBL Richelieu Spécial	_____ %	_____ %
Profil Equilibre	_____ %	_____ %	Ecofi Actions Rendement	_____ %	_____ %
Profil Dynamique	_____ %	_____ %	Centifolia	_____ %	_____ %
Profil Audace	_____ %	_____ %	Echiquier Quatuor	_____ %	_____ %
Monétaire	_____ %	_____ %	Ecofi Allocation Libre	_____ %	_____ %
Moyen Terme	_____ %	_____ %	Ithaque	_____ %	_____ %
Obligations	_____ %	_____ %	Carmignac Patrimoine	_____ %	_____ %
Obligations Convertibles	_____ %	_____ %	Carmignac Investissement	_____ %	_____ %
Actions Françaises	_____ %	_____ %	Rouvier Valeurs	_____ %	_____ %
Actions Européennes	_____ %	_____ %	MMA Multigestion Absolute Return	_____ %	_____ %
Actions Américaines	_____ %	_____ %	MMA Multigestion Small Cap Europe	_____ %	_____ %
Actions Japonaises	_____ %	_____ %	MMA Multigestion Monde	_____ %	_____ %
Actions Zone Euro	_____ %	_____ %	MMA Multigestion Haut Rendement	_____ %	_____ %
Actions Françaises "Ulysse"	_____ %	_____ %	MMA Multigestion Emergents	_____ %	_____ %
Horizon Durable	_____ %	_____ %	Sécurité Pierre Investissements <sup>(1)</sup>	_____ %	_____ %
Actions Américaines "Louvre"	_____ %	_____ %			

(1) Tout versement sur le support Sécurité Pierre Investissements conduisant à un montant investi supérieur à 150 000 euros sera soumis à l'accord préalable de l'assureur. La disponibilité du support Sécurité Pierre Investissements pouvant dépendre de l'offre immobilière, l'assureur peut temporairement suspendre l'investissement sur ce support.

## BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Ceci est destiné à vous aider dans le choix et la rédaction de votre clause bénéficiaire. Nous vous proposons :

- de choisir parmi plusieurs modèles de clause bénéficiaire susceptibles de correspondre à votre situation familiale et patrimoniale (voir cases 1 à 10),
- ou, si aucune de ces clauses ne correspond à votre situation, de rédiger de façon manuscrite votre clause bénéficiaire (voir case 11).

**En cas de décès, MMA Vie versera un capital à** (cochez la case correspondant à votre choix) :

- 1  Mon conjoint, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers (1).
- 2  Mon conjoint, non séparé de corps (2), à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers (1).
- 3  Mon conjoint, non séparé de corps (2), à défaut mes héritiers (1).
- 4  Mon partenaire avec lequel j'ai conclu un pacte civil de solidarité, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers (1).
- 5  Mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers (1).
- 6  Mes petits-enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers (1).
- 7  Mes frères et sœurs nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers (1).
- 8  Mon père et ma mère par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers (1).
- 9  Mes héritiers (1) (**clause obligatoire pour les contrats souscrits au nom d'un enfant mineur ou d'un majeur sous tutelle**).
- 10  Selon testament déposé chez Maître ..... ou son successeur, notaire à ....., à défaut mes héritiers (1).

**Important :** ne choisissez pas l'une des clauses n° 1 à 4 si vous souhaitez désigner votre concubin, le concubin n'étant pas assimilable au conjoint ou au partenaire d'un PACS. Dans ce cas-là, il convient de le désigner nominativement et de façon manuscrite (voir ci-dessous).

- 11  Les modèles de clause ci-dessus ne correspondent pas à ma situation familiale et patrimoniale et je souhaite rédiger de façon manuscrite ma clause bénéficiaire sur papier libre, daté et signé que je vous joins.

Quelques conseils pour la rédaction de votre clause bénéficiaire manuscrite en vous rappelant notre entière disposition pour vous aider dans votre démarche.

- Afin d'éviter les conséquences d'une absence de bénéficiaire (à savoir l'intégration des capitaux dans la succession de l'assuré et la perte des avantages fiscaux de l'assurance vie), il est nécessaire de désigner un ou des bénéficiaires à titre subsidiaire et il est conseillé de terminer la rédaction de votre clause par la mention "à défaut mes héritiers" (exemple : *Madame X, à défaut Monsieur Y, à défaut mes héritiers*).

- En cas de désignation de plusieurs bénéficiaires, vous pouvez préciser les modalités de répartition du capital entre eux, en pourcentage. Sans précision de répartition, le partage se fera à parts égales entre les bénéficiaires.

Voici un exemple de clause prévoyant une répartition inégale entre plusieurs bénéficiaires :

*"Mme X pour 50 %, M. Y pour 30 % et Mme Z pour 20 %. A défaut de l'un d'eux, sa part sera répartie par parts égales entre les autres bénéficiaires.*

*A défaut de tous ces bénéficiaires, à mes héritiers."*

- Informations à fournir concernant les personnes que vous désignez : pour les personnes physiques, indiquez les nom, nom de jeune fille le cas échéant, prénoms, date et lieu de naissance et l'adresse actuelle. Pour les bénéficiaires personnes morales, identifiez-les précisément (sigle, dénomination complète ou raison sociale, adresse du siège social). **En cas de désignation d'une personne morale telle qu'une association assurez-vous de sa capacité juridique à recevoir le bénéfice d'un contrat d'assurance vie.**

- Il est conseillé de conserver votre clause bénéficiaire confidentielle. En cas d'acceptation d'un bénéficiaire, son accord sera en principe nécessaire si vous souhaitez modifier la clause bénéficiaire, effectuer un rachat, demander une avance ou la mise en garantie de votre contrat.

(1) La désignation "mes héritiers" implique une répartition selon les parts héréditaires des héritiers dans la succession de l'assuré.

(2) En apportant cette précision "conjoint non séparé de corps", le conjoint ne serait pas bénéficiaire en cas de séparation de corps prononcée judiciairement.

## OPTIONS DE RACHATS PROGRAMMES

- J'opte pour des rachats programmés sur le support Sécurifrance.

Montant par rachat (avant application de la fiscalité) \_\_\_\_\_ € (minimum : 1 000 €)

- J'opte pour des rachats programmés sur l'ensemble des supports, au prorata de l'épargne présente sur chaque support.

Montant par rachat (avant application de la fiscalité) \_\_\_\_\_ € (minimum : 1 000 €)

Périodicité choisie  mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

A compter du \_\_\_\_\_ /200\_\_

**Option fiscale choisie**  Intégration dans la déclaration des revenus  Prélèvement libératoire<sup>(3)</sup>

Frais de mise en place : 40 €. Quelle que soit l'option retenue, joindre un R.I.B.

Ces options ne peuvent pas être souscrites si les options d'arbitrages programmés "Sécurisation des plus-values" et "Arrêt des moins-values" ont été souscrites.

(3) Obligatoire pour un non résident fiscal français

## CADRE FISCAL DE L'ÉPARGNE HANDICAP

Souscription dans le cadre fiscal de l'épargne handicap :

Non

Oui (joindre une copie de la carte d'invalidité)

## OPTIONS D'ARBITRAGES PROGRAMMÉS

**Rééquilibrage automatique.** J'opte pour l'allocation suivante (cocher une seule case) :

- Sécurifrance : 90 % - Profil Audace : 10 %   
 Sécurifrance : 50 % - Profil Audace : 50 %   
 Sécurifrance : 10 % - Profil Audace : 90 %  
 Sécurifrance : 80 % - Profil Audace : 20 %   
 Sécurifrance : 30 % - Profil Audace : 70 %  
 Sécurifrance : 70 % - Profil Audace : 30 %   
 Sécurifrance : 20 % - Profil Audace : 80 %

Frais : 0,80 % du montant désinvesti (minimum de frais : 20 € ; maximum de frais : 150 €).

Cette option n'est pas cumulable avec les options d'arbitrages programmés "Sécurisation des plus-values" et "Arrêt des moins-values".

**Dynamisation progressive.** Montant mensuel de l'arbitrage \_\_\_\_\_ € (minimum : 500€/mois)

Frais de mise en place : 40 €.

**Dynamisation du rendement du support Sécurifrance.** J'indique la répartition entre les supports choisis (la demande doit parvenir à l'assureur avant le 15 décembre pour être prise en compte le 15 janvier suivant).

**Sécurisation des plus-values.** J'indique les supports et seuils choisis (seuils proposés : 10 %, 15 %, 20 %, 25 %, ou 30 %).

**Arrêt des moins-values.** J'indique les supports et seuils choisis (seuils proposés : 5 %, 10 %, 15 % ou 20 %).

Supports choisis	Dynamisation du rendement du support Sécurifrance	Sécurisation des plus-values (seuil en %)	Arrêt des moins-values (seuil en %)	Supports choisis	Dynamisation du rendement du support Sécurifrance	Sécurisation des plus-values (seuils en %)	Arrêt des moins-values (seuil en %)
Profil Equilibre	%	%	%	Ecofi Actions Rendement	%	%	%
Profil Dynamique	%	%	%	Centifolia	%	%	%
Profil Audace	%	%	%	Echiquier Quatuor	%	%	%
Moyen Terme	%	%	%	Ecofi Allocation Libre	%	%	%
Obligations	%	%	%	Ithaque	%	%	%
Obligations Convertibles	%	%	%	Carmignac Patrimoine	%	%	%
Actions Françaises	%	%	%	Carmignac Investissement	%	%	%
Actions Européennes	%	%	%	Rouvier Valeurs	%	%	%
Actions Américaines	%	%	%	MMA Multigestion Absolute Return	%	%	%
Actions Japonaises	%	%	%	MMA Multigestion Small			
Actions Zone Euro	%	%	%	Cap Europe	%	%	%
Actions Françaises "Ulysse"	%	%	%	MMA Multigestion Monde	%	%	%
Horizon Durable	%	%	%	MMA Multigestion Haut Rendement	%	%	%
Actions Américaines "Louvre"	%	%	%	MMA Multigestion Emergents	%	%	%
KBL Richelieu Spécial	%	%	%	Sécurité Pierre Investissements	%	%	%

Pour les options "Sécurisation des plus-values" et "Arrêt des moins-values" :

- les frais sont de 0,80 % du montant désinvesti (maximum 150 €) ;
- elles ne peuvent pas être souscrites si des rachats partiels programmés sont en cours et ne sont pas cumulables avec l'option "Rééquilibrage automatique".

## OPTIONS GARANTIES DECES

J'opte pour la garantie décès **plancher**

Le capital décès plancher à la souscription correspond au montant du premier versement.

J'opte pour la garantie décès **cliquet**

Le capital décès cliquet à la souscription correspond à la valeur du contrat à la souscription.

J'opte pour la garantie décès **majorée** et je choisis le montant du capital décès suivant :

\_\_\_\_\_ € (maximum : 150% de la valeur du contrat à la souscription)

La valeur du contrat à la souscription est égale au montant du premier versement net de frais sur versement.

Conditions d'acceptation des garanties décès optionnelles :

Quelle que soit la garantie décès choisie, le souscripteur/assuré doit remplir le questionnaire d'assurance ci-dessous si le capital sous risque à la souscription (écart positif entre le capital décès garanti et la valeur du contrat) est inférieur ou égal à 75 000 euros. Si le capital sous risque à la souscription est supérieur à 75 000 euros, l'assureur demande à l'assuré de remplir un questionnaire médical plus complet (ref. 77428) et éventuellement d'effectuer des examens médicaux complémentaires. Ces documents ou résultats seront adressés sous pli confidentiel au service médical de l'assureur.

Après étude du dossier médical par son médecin-conseil, l'assureur peut refuser la garantie.

**Important : en cas de co-souscription, les options garanties décès ne peuvent pas être souscrites.**

## QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE

- |   | oui                      | non                      |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1- Etes-vous en invalidité ou en incapacité de travail ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 2- Suivez-vous un traitement pris en charge à 100% par votre régime d'assurance maladie ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 3- Suivez-vous ou avez-vous suivi, au cours des 5 dernières années, un traitement continu de plus de 3 semaines consécutives ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 4- Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 5- Avez-vous fait l'objet d'une analyse de sang ayant révélé une anomalie particulière ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 6- Avez-vous un poids en fonction de votre taille, qui vous situe en dehors des normes définies dans la grille ci-dessous ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Taille (cm)</th> <th>143-152</th> <th>153-162</th> <th>163-167</th> <th>168-172</th> <th>173-177</th> <th>178-182</th> <th>183-187</th> <th>&gt; 187</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids (kg)</td> <td>37-71</td> <td>48-80</td> <td>49-87</td> <td>52-91</td> <td>55-95</td> <td>58-99</td> <td>61-103</td> <td>64-110</td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          | Taille (cm) | 143-152 | 153-162 | 163-167 | 168-172 | 173-177 | 178-182 | 183-187 | > 187 | Poids (kg) | 37-71 | 48-80 | 49-87 | 52-91 | 55-95 | 58-99 | 61-103 | 64-110 |
| Taille (cm)   | 143-152                  | 153-162                  | 163-167     | 168-172 | 173-177 | 178-182 | 183-187 | > 187   |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| Poids (kg)  | 37-71                    | 48-80                    | 49-87       | 52-91   | 55-95   | 58-99   | 61-103  | 64-110  |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |
| 7- Avez-vous souscrit d'autres contrats décès (hors assurance emprunteur ou assurance collective de l'employeur) ou en avez-vous fait la demande auprès d'autres compagnies ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |         |         |         |         |         |         |         |       |            |       |       |       |       |       |       |        |        |

## DECLARATION / SIGNATURE

Le souscripteur/assuré reconnaît :

- avoir reçu et pris connaissance préalablement à la souscription du contrat de la note d'information.
- avoir pris connaissance des valeurs de rachat minimales au terme de chacune des 8 premières années du contrat (voir la note d'information) ;
- **avoir été informé que le contrat d'assurance vie Long-Cours permet d'investir sur des supports en unités de compte et que l'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur. La valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers ; aussi, plus le souscripteur souhaite sécuriser son investissement, plus il doit investir sur le support SECURIFRANCE à l'intérieur de Long-Cours ;**
- avoir reçu les prospectus simplifiés AMF (Autorité des Marchés Financiers) des OPCVM (Organismes de Placement Collectif en Valeurs Mobilières) auxquels sont adossés les supports en unités de compte du contrat d'assurance vie Long-Cours ;
- avoir été informé que les prospectus simplifiés AMF sont disponibles, en cours de contrat, sur simple demande ;
- **que les informations portées sur le présent document sont sincères. Conformément à l'article L113.8 du code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat.**
- **avoir été informé que le contrat est conclu à la date de signature de la présente proposition d'assurance et qu'il peut renoncer au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de cette date. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : MMA Vie 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans cedex 09. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la note d'information. Le contrat prendra effet à la date indiquée aux conditions particulières, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe "date d'effet et durée du contrat" de la note d'information.**

À ..... Le .....

Signature du (des) souscripteur(s)/assuré(s)  
précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'intermédiaire

**ATTENTION : chèque à libeller à l'ordre de MMA Vie.**

## LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 06/01/1978

Les données personnelles que vous nous avez communiquées sont nécessaires pour le traitement informatique lié à la gestion de votre souscription et peuvent également être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offre commerciale, vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du Service Réclamations Clients MMA.

Vous disposez d'un droit d'opposition, de communication, de rectification ou de suppression que vous pouvez exercer par courrier auprès du Service Réclamations Clients MMA - 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans cedex 9.

Je ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale.

A ..... Le .....

Signature du (des) souscripteur(s)/assuré(s)

**NB : signature obligatoire quel que soit le choix du client.**

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

1 9 0 0 9 8

Nom prénoms et adresse du débiteur


Nom et adresse du créancier

**MMA Vie SA**  
**14, boulevard Marie et Alexandre Oyon**  
**72030 Le Mans cedex 9**

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter


COMPTE À DÉBITER

Établissement	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB

Date et signature

Prrière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.).