

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 « ... »
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile
- Les attestations délivrées par les Caisses d'Assurance Maladie ou d'Assurance Vieillesse auprès desquelles vous cotisez pour les régimes obligatoires
- 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.



Cardif Retraite Professionnels

BULLETIN D'ADHÉSION



www.cardif.fr



CARDIF
GROUPE BNP PARIBAS

| L'assurance d'être proches

Modalités des versements

Versements réguliers d'un montant de _____ € par mois trimestre semestre an
 Je vérifie que la somme annuelle de mes versements réguliers est **comprise dans les limites** de la classe de versement choisie ci-avant.
 (minimum 75 €) (minimum 225 €) (minimum 450 €) (minimum 750 €)
 à partir de fin _____ (mois/année)

Versement exceptionnel à l'adhésion d'un montant de + _____ € (minimum 1 500 €)
 Je verse mon droit d'admission de 10 € à l'UFEP + _____ 10 €
Montant total du versement = _____ € (à régler par chèque bancaire ou postal libellé **exclusivement** à l'ordre de **CARDIF**)

Mes versements réguliers suivants seront prélevés automatiquement sur mon compte bancaire ou postal dont les références figurent sur l'autorisation de prélèvements ci-jointe que j'ai complétée. Je pourrai à tout moment effectuer des versements exceptionnels d'un montant minimum de 750 €.
 J'ai bien noté que le montant de mes versements réguliers évolue chaque année en fonction de l'évolution annuelle du plafond de la Sécurité sociale.

Je souhaite mettre en place un versement de rattrapage d'un montant de _____ €. J'ajoute le montant de ce versement de rattrapage à celui du montant total de versement indiqué ci-dessus, soit :

_____ € + _____ € = _____ € et je règle ce montant global par chèque bancaire ou postal libellé **exclusivement** à l'ordre de **Cardif**
(Versement de rattrapage) (Montant total du versement) (Montant global)

En cas de non paiement d'un versement de rattrapage au cours d'une année donnée, ce versement ne peut être reporté sur les années suivantes.

J'ai bien noté que mes versements comprennent les frais d'entrée de 4,75 %.

Répartition des versements

J'opte pour la **Gestion libre**

1/ Je choisis l'un des 5 profils de risque suivants, du plus sécuritaire (choix 1) au plus dynamique (choix 5).

		<input type="checkbox"/> Choix 1	<input type="checkbox"/> Choix 2	<input type="checkbox"/> Choix 3	<input type="checkbox"/> Choix 4	<input type="checkbox"/> Choix 5
UNITÉS DE COMPTE	Libellé					
O	FR0000283418		10 %	15 %	20 %	25 %
O	FR0007484456		-	-	15 %	25 %
T	FR0007074208	15 %	30 %	15 %	20 %	20 %
T	FR0007006929		-	15 %	15 %	20 %
M	FR0007085436	15 %	15 %	30 %	20 %	10 %
FONDS EN EUROS		70 %	45 %	25 %	10 %	-
TOTAL		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

2/ Je choisis la répartition libre suivante :

Les codes ISIN et les libellés des unités de compte doivent impérativement être renseignés.

		Versements réguliers et de rattrapage le cas échéant (en %)	Versement exceptionnel à l'adhésion (en %)
UNITÉS DE COMPTE	Libellé		
Code ISIN			
FONDS EN EUROS			
TOTAL		100 %	100 %

Si le total de la répartition est inférieur à 100 %, la part représentant le complément est affectée au fonds en euros.

Dans un souci de diversification, nous vous recommandons de ne pas dépasser 25 % par unité de compte dans les catégories "Tonique" et "Offensif".

J'ai bien noté que je peux bénéficier des services financiers conformément à l'article 8 de la Notice.

J'opte pour la **Gestion à horizon**

Mes versements sont affectés sur un OPCVM dont l'horizon de placement correspond à mon âge probable de départ à la retraite.

Après avoir pris connaissance des unités de compte proposées dans le cadre de la Gestion à horizon (figurant dans l'Annexe à la Notice), je choisis :

- L'offre **BNP Paribas Retraite** de BNP Paribas Asset Management **ou** L'offre **Target Funds** de Fidelity International Limited
ou L'offre **Retraite garantie** de HSBC Investments

Option Table de mortalité garantie

Je choisis l'option **Table de mortalité garantie**

(Vous pouvez souscrire cette option au plus tôt à compter de votre 40^{ème} anniversaire).

Désignation des bénéficiaires

En cas de vie de l'adhérent au terme de la phase de constitution de l'épargne-retraite, cette épargne-retraite sera versée sous forme de rente viagère à l'adhérent, selon les modalités définies à l'article 11 de la Notice.

En cas de décès de l'adhérent pendant la phase de constitution de l'épargne-retraite et à défaut de désignation valable à la date du décès, cette épargne-retraite sera versée sous forme de rente viagère au conjoint de l'adhérent à la date du décès, à défaut aux enfants vivants ou en cas de décès de l'un d'entre eux à ses représentants, à défaut aux héritiers de l'adhérent.

1 - Je désigne ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) suivant(s), à défaut mes héritiers. Indiquer les noms, prénoms, dates et lieux de naissance, noms de jeune fille, adresses et parts :

2 - J'opte pour une clause bénéficiaire déposée chez un notaire :
Je désigne comme bénéficiaire des capitaux en cas de décès la (les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire déposée chez Maître (nom, prénom, code postal de l'étude), à défaut à mes héritiers.

3 - Pour toute autre désignation, joindre une lettre datée et signée de l'adhérent, annexée au présent document.

Affiliation aux régimes obligatoires

Je déclare avoir pris connaissance des articles L. 652-4 et R. 652-1 du Code de la Sécurité sociale et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles. Je m'engage à fournir à Cardif chaque année les attestations de mes caisses de retraite et d'assurance maladie justifiant que je suis à jour du paiement de mes cotisations obligatoires.

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. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant à Cardif Assurance Vie - service Relations Clientèles - Gestion Epargne - 4 rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à mon adhésion, de la Notice du contrat Cardif Retraite Professionnels, ainsi que pour chaque unité de compte choisie lors de mon adhésion : des caractéristiques principales ou du prospectus simplifié.

Je reconnais :

- soit ne pas avoir liquidé ma pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse et avoir moins de 70 ans,
- soit avoir liquidé ma pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse mais avoir moins de 65 ans.

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, 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil Malmaison cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation inclus à l'article « Renonciation » de la Notice. Toutefois, si je n'ai pas reçu le Tableau des valeurs de transfert 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 _____

Signature de l'adhérent(e)
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 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 Retraite Professionnels 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 - 75009 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'articles L. 310-12 du Code des assurances, l'intermédiaire en assurance est soumis, de par sa qualité, au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir l'autorisation de prélèvements bancaires ou postaux ci-dessous et la faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) ou Postal (R.I.P.)**.

N'oubliez pas de **dater** et de **signer** l'autorisation de prélèvements et de mentionner, dans les cases prévues à cet effet :

- votre nom et votre adresse,
- le nom et l'adresse de votre banque ou CCP,
- les références de votre compte à débiter.

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1^{er} avril 1980 de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur 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 avec l'établissement émetteur.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

110086

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

NOM	
PRENOMS	
N°	RUE
C. POSTAL	VILLE

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR

CARDIF 4, rue des Frères Caudron 92858 RUEIL MALMAISON

COMPTE A DEBITER

Etablis ^t	Code	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

NOM		
N°	RUE	
C. POSTAL		VILLE