

DEMANDE D'ADHÉSION "SOLUTION EPARGNE HANDICAP"

Contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par la société de courtage AbriPargne (immatriculation au registre des intermédiaires en assurance n° 07 030 246) auprès d'ORADEA VIE
 Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Tailbout - 75436 PARIS Cedex 09

Destinataire : ORADEA VIE ORLEANS

42, bd Alexandre Martin 45057 Orléans Cedex 1

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

N° d'adhésion _____

RÉSERVÉ AU COURTIER

OBSERVATIONS

Nom et code de l'apporteur ou courtier :

Nom et code du bureau (le cas échéant) :

Nom et code du conseiller commercial :

Adhérent / Assuré

M Mme Mlle Nom

Prénom Nom de jeune fille

Date de naissance _____ Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse :

Code postal Ville

Pays

Nationalité : Adresse principale (O/N)

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse à l'étranger (O/N)

Partie à remplir si l'adhérent est mineur ou bénéficiaire d'une mesure de protection Coordonnées du représentant du mineur ou du majeur protégé :

Nom du représentant légal : Prénom :

Statut du représentant légal : Père / Mère Association tutélaire MJPM* de centre hospitalier MJPM* privé Tuteur familial

Adresse du représentant légal :

Code Postal : Ville :

Type de mesure de protection : Tutelle Curatelle Sauvergarde de justice

* Mesure judiciaire à la protection des majeurs

Caractéristiques de l'adhésion

■ Le versement initial global :

Le premier versement (frais compris) doit respecter un minimum de 150 EUR en Gestion Libre
 ou 175 EUR en Gestion Assistée :

_____ EUR

Soit en lettres :

Frais sur versement initial : 3 %

Modalités de paiement du versement initial :

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande d'adhésion)

Chèque n° tiré sur la banque à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE.

Prélèvement (renseigner et signer obligatoirement l'autorisation de prélèvements)

R.I.B. de prélèvement _____
 Banque _____ Guichet _____ Numéro de compte _____ Clé RIB _____

Date de prélèvement _____

(La date choisie doit respecter un délai d'au moins 10 jours ouvrés par rapport à la date de signature de la demande d'adhésion).

■ Versements programmés suivants (frais compris) :

_____ EUR

(Renseigner et signer obligatoirement l'autorisation de prélèvements) Minimum : 35 EUR/mois ; 75 EUR/trimestre ; 150 EUR/semestre ; 300 EUR/an.

Soit en lettres :

Frais sur versement programmé : 3 %

Périodicité des prélèvements _____ Jour de prélèvement _____ Mois du premier versement programmé _____
 (A = annuelle, S = semestrielle, T = trimestrielle, M = mensuelle) (du 1^{er} au 28^{ème} jour du mois)

DEMANDE D'ADHÉSION "SOLUTION EPARGNE HANDICAP"

Contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par la société de courtage AbriPargne (immatriculation au registre des intermédiaires en assurance n° 07 030 246) auprès d'ORADEA VIE
Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

Caractéristiques de l'adhésion (suite)

■ Choix du type de gestion

■ Gestion Assistée (minimum 175 euros), part du premier versement :

- Profil prudent : 80% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation : _____ EUR

- Profil équilibre : 60% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation - 20% Conviction Premium : _____ EUR

■ Gestion Libre (minimum 150 euros), part du premier versement :

_____ EUR

Répartition des versements (minimum de 35 EUR par support) en Gestion Libre :

Nom du support	Code ISIN	Versement initial Versement (frais compris)	Versements programmés Versement (frais compris)
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
TOTAL DU PREMIER VERSEMENT (frais compris)		_____ EUR	_____ EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent devra indiquer dans une lettre datée et signée jointe à la présente demande d'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

■ Durée _____ ans, 6 ans minimum, 30 ans maximum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogable annuellement par accord tacite.

■ Frais de gestion :

- support Sécurité en euros : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

- supports en unités de compte : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

Désignation bénéficiaire

Bénéficiaire en cas de vie de l'adhérent/assuré

En cas de décès, je souhaite transmettre le bénéfice du contrat à :

Mon conjoint, non divorcé ni séparé de corps, ou le partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître par parts égales. En cas de prédécès de l'un de mes enfants, ou de renonciation par l'un d'eux au bénéfice de ce contrat, sa part sera attribuée à ses descendants par parts égales ou, à défaut, à mes enfants survivants. A défaut, mes héritiers.

La ou les personnes désignées suivantes : _____, à défaut mes héritiers.

Le (les) bénéficiaire(s) désigné(s) dans mon testament déposé en l'étude de _____, à défaut mes héritiers.

Mes héritiers légaux.

Information de l'adhérent / assuré

Réception de la notice d'information :

L'adhérent / assuré déclare avoir reçu un exemplaire du présente demande d'adhésion, ainsi qu'au préalable la notice d'information et l'annexe de présentation des supports relative au contrat d'assurance collective sur la vie SOLUTION EPARGNE HANDICAP, ainsi que du dernier prospectus simplifié visé par l'AMF pour chaque OPCVM choisi comme unité de compte du contrat et également le dernier document décrivant les caractéristiques principales de l'unité de compte pour les autres supports. L'adhérent certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents qui précisent notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion destinée à ORADEA VIE vaut récépissé de la notice d'information.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial ou quatre jours ouvrés après réception du chèque si ce mode de paiement a été choisi. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

Délai de renonciation :

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de signature de sa demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ORADEA VIE, 42, bd Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, rédigée selon le modèle suivant : « Monsieur le Directeur Général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion SOLUTION EPARGNE HANDICAP n°..... effectué en date du, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° de, et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et signature ». La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du certificat d'adhésion. De convention expresse, il est convenu que le certificat d'adhésion sera présumé reçu à défaut de manifestation de l'adhérent dans un délai de trente jours suivant la signature de la demande d'adhésion et de l'original du certificat d'adhésion.

Loi informatique et libertés :

Les informations à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la demande d'adhésion. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion. Elles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, courtiers et assureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont la législation en matière de protection des données personnelles n'est pas reconnue comme adéquate par l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès du conseiller ayant recueilli ces informations.

Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent-assuré / Représentant légal

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Veuillez remplir les différentes cases de ce document.
ORADEA VIE se chargera de le transmettre à l'établissement teneur de votre compte. MERCI DE SIGNER CETTE AUTORISATION ET DE JOINDRE VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL.

TITULAIRE DU COMPTE

Nom :
Prénom :
N°..... Rue.....
Code postal [] Ville.....

COMPTE À DÉBITER

[] [] [] []
Banque Guichet N° Compte Clé RIB

J'autorise l'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE MON COMPTE à prélever sur ce dernier le montant des avis de prélèvements établis à mon nom, qui seront présentés par la SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, pour le compte d'ORADEA VIE.

Fait à le

Signature de l'adhérent :

ORADEA VIE

50 Avenue du Général de Gaulle
92093 PARIS LA DEFENSE CEDEX

N° National d'Emetteur : 460 502

ÉTABLISSEMENT CRÉDITEUR

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE
29, boulevard Haussmann
75009 Paris

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

N°..... Rue
Code postal [] Ville.....

N.B. - Je vous demande de faire apparaître les prélèvements sur mes relevés de compte habituels. Pour ce qui concerne le fonctionnement de mon adhésion, je m'adresserai à ORADEA VIE.

DEMANDE D'ADHÉSION "SOLUTION EPARGNE HANDICAP"

Contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par la société de courtage AbriPargne (immatriculation au registre des intermédiaires en assurance n° 07 030 246) auprès d'ORADEA VIE
Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

Caractéristiques de l'adhésion (suite)

■ Choix du type de gestion

■ Gestion Assistée (minimum 175 euros), part du premier versement :

- Profil prudent : 80% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation : _____ EUR

- Profil équilibre : 60% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation - 20% Conviction Premium : _____ EUR

■ Gestion Libre (minimum 150 euros), part du premier versement :

_____ EUR

Répartition des versements (minimum de 35 EUR par support) en Gestion Libre :

Nom du support	Code ISIN	Versement initial Versement (frais compris)	Versements programmés Versement (frais compris)
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
TOTAL DU PREMIER VERSEMENT (frais compris)		_____ EUR	_____ EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent devra indiquer dans une lettre datée et signée jointe à la présente demande d'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

■ Durée _____ ans, 6 ans minimum, 30 ans maximum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogable annuellement par accord tacite.

■ Frais de gestion :

- support Sécurité en euros : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

- supports en unités de compte : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

Désignation bénéficiaire

Bénéficiaire en cas de vie de l'adhérent/assuré

En cas de décès, je souhaite transmettre le bénéfice du contrat à :

Mon conjoint, non divorcé ni séparé de corps, ou le partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître par parts égales. En cas de prédécès de l'un de mes enfants, ou de renonciation par l'un d'eux au bénéfice de ce contrat, sa part sera attribuée à ses descendants par parts égales ou, à défaut, à mes enfants survivants. A défaut, mes héritiers.

La ou les personnes désignées suivantes : _____, à défaut mes héritiers.

Le (les) bénéficiaire(s) désigné(s) dans mon testament déposé en l'étude de _____, à défaut mes héritiers.

Mes héritiers légaux.

Information de l'adhérent / assuré

Réception de la notice d'information :

L'adhérent / assuré déclare avoir reçu un exemplaire du présente demande d'adhésion, ainsi qu'au préalable la notice d'information et l'annexe de présentation des supports relative au contrat d'assurance collective sur la vie SOLUTION EPARGNE HANDICAP, ainsi que du dernier prospectus simplifié visé par l'AMF pour chaque OPCVM choisi comme unité de compte du contrat et également le dernier document décrivant les caractéristiques principales de l'unité de compte pour les autres supports. L'adhérent certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents qui précisent notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion destinée à ORADEA VIE vaut récépissé de la notice d'information.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial ou quatre jours ouvrés après réception du chèque si ce mode de paiement a été choisi. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

Délai de renonciation :

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de signature de sa demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ORADEA VIE, 42, bd Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, rédigée selon le modèle suivant : « Monsieur le Directeur Général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion SOLUTION EPARGNE HANDICAP n°..... effectué en date du, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° de, et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et signature ». La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du certificat d'adhésion. De convention expresse, il est convenu que le certificat d'adhésion sera présumé reçu à défaut de manifestation de l'adhérent dans un délai de trente jours suivant la signature de la demande d'adhésion et de l'original du certificat d'adhésion.

Loi informatique et libertés :

Les informations à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la demande d'adhésion. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion. Elles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, courtiers et assureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont la législation en matière de protection des données personnelles n'est pas reconnue comme adéquate par l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès du conseiller ayant recueilli ces informations.

Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent-assuré / Représentant légal

DEMANDE D'ADHÉSION "SOLUTION EPARGNE HANDICAP"

Contrat d'assurance collective sur la vie à adhésion facultative souscrit par la société de courtage AbriPargne (immatriculation au registre des intermédiaires en assurance n° 07 030 246) auprès d'ORADEA VIE
Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

Caractéristiques de l'adhésion (suite)

■ Choix du type de gestion

■ Gestion Assistée (minimum 175 euros), part du premier versement :

- Profil prudent : 80% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation : _____ EUR

- Profil équilibre : 60% support sécurité en euros - 20% support Union Réactif Valorisation - 20% Conviction Premium : _____ EUR

■ Gestion Libre (minimum 150 euros), part du premier versement :

_____ EUR

Répartition des versements (minimum de 35 EUR par support) en Gestion Libre :

Nom du support	Code ISIN	Versement initial Versement (frais compris)	Versements programmés Versement (frais compris)
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
		_____ EUR	_____ EUR
TOTAL DU PREMIER VERSEMENT (frais compris)		_____ EUR	_____ EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, l'adhérent devra indiquer dans une lettre datée et signée jointe à la présente demande d'adhésion le détail de la répartition souhaitée.

■ Durée _____ ans, 6 ans minimum, 30 ans maximum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogable annuellement par accord tacite.

■ Frais de gestion :

- support Sécurité en euros : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

- supports en unités de compte : 0,084% par mois du capital constitué sur chaque support soit un taux équivalent annuel de 1%.

Désignation bénéficiaire

Bénéficiaire en cas de vie de l'adhérent/assuré

En cas de décès, je souhaite transmettre le bénéfice du contrat à :

Mon conjoint, non divorcé ni séparé de corps, ou le partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître par parts égales. En cas de prédécès de l'un de mes enfants, ou de renonciation par l'un d'eux au bénéfice de ce contrat, sa part sera attribuée à ses descendants par parts égales ou, à défaut, à mes enfants survivants. A défaut, mes héritiers.

La ou les personnes désignées suivantes : _____, à défaut mes héritiers.

Le (les) bénéficiaire(s) désigné(s) dans mon testament déposé en l'étude de _____, à défaut mes héritiers.

Mes héritiers légaux.

Information de l'adhérent / assuré

Réception de la notice d'information :

L'adhérent / assuré déclare avoir reçu un exemplaire du présente demande d'adhésion, ainsi qu'au préalable la notice d'information et l'annexe de présentation des supports relative au contrat d'assurance collective sur la vie SOLUTION EPARGNE HANDICAP, ainsi que du dernier prospectus simplifié visé par l'AMF pour chaque OPCVM choisi comme unité de compte du contrat et également le dernier document décrivant les caractéristiques principales de l'unité de compte pour les autres supports. L'adhérent certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents qui précisent notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation. L'exemplaire original de la présente demande d'adhésion destinée à ORADEA VIE vaut récépissé de la notice d'information.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent reconnaît avoir été informé que son contrat est conclu à la date de prélèvement par ORADEA VIE de son versement initial ou quatre jours ouvrés après réception du chèque si ce mode de paiement a été choisi. Cette date correspond au point de départ des garanties qui est mentionné dans le présent document.

Délai de renonciation :

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de signature de sa demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ORADEA VIE, 42, bd Alexandre Martin, 45057 Orléans cedex 1, rédigée selon le modèle suivant : « Monsieur le Directeur Général, désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion SOLUTION EPARGNE HANDICAP n°..... effectué en date du, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° de, et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Date et signature ». La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du certificat d'adhésion. De convention expresse, il est convenu que le certificat d'adhésion sera présumé reçu à défaut de manifestation de l'adhérent dans un délai de trente jours suivant la signature de la demande d'adhésion et de l'original du certificat d'adhésion.

Loi informatique et libertés :

Les informations à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la demande d'adhésion. Elles pourront, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, être utilisées par ORADEA VIE pour des besoins de gestion. Elles pourront, de convention expresse, et en tant que de besoin au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux personnes morales du Groupe Société Générale, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, courtiers et assureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées, établis dans ou en dehors de l'Espace Économique Européen, y compris vers des pays dont la législation en matière de protection des données personnelles n'est pas reconnue comme adéquate par l'Union Européenne. Ces transferts interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la protection de vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression relatif aux données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez également vous opposer, sous réserve de justifier d'un motif légitime, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement. Ces droits peuvent être exercés auprès du conseiller ayant recueilli ces informations.

Fait à _____, le _____ Signature de l'adhérent-assuré / Représentant légal