

VOS BESOINS - NOS CONSEILS

Document communiqué en application de l'article L 520-1 du Code des Assurances

NOM & PRENOM

VOS BESOINS

Votre objectif principal est de

avec les besoins et exigences complémentaires suivants :

- vous pouvez placer plus de 500 euros ou 75 euros par mois, avec un horizon de placement supérieur ou égal à 8 ans ;
- vous souhaitez conserver la possibilité d'effectuer des versements ultérieurs, libres ou programmés, et de retirer les fonds à tout moment sans pénalité contractuelle ;
- (si choix : 100 % euros pour le versement initial) vous désirez que votre versement initial (net de frais) bénéficie d'une garantie en capital et d'une rémunération annuelle ;
- (si choix : 100 UC pour le versement initial) vous désirez que votre versement initial (net de frais) bénéficie de l'évolution, à la hausse comme à la baisse, des marchés financiers ;
- (si panachage euros/UC) vous désirez répartir votre versement initial (net de frais) entre plusieurs supports d'investissement dont l'un bénéficie d'une garantie en capital et d'une rémunération annuelle et les autres de l'évolution, à la hausse comme à la baisse, des marchés financiers ;
- vous souhaitez pouvoir modifier ultérieurement la répartition de votre épargne entre différents supports d'investissement ;
- vous souhaitez pouvoir percevoir vos fonds sous forme de capital, de rente ou de retraits partiels libres ou programmés.

NOS CONSEILS

Afin de répondre à vos besoins et exigences exprimés ci-dessus, nous vous conseillons d'adhérer au contrat SELFVIE. Il présente en effet les avantages suivants adaptés à votre demande :

- il propose un large choix d'investissement : un support en euros bénéficiant d'un taux minimum garanti chaque année et ne comportant aucun risque en capital, ainsi que plus de 45 supports d'investissement dont les gains ne sont pas garantis mais dont les perspectives de valorisation peuvent être forte.
- vous pouvez désigner les bénéficiaires de votre choix pour percevoir le capital constitué en cas de décès.
- sa durée est libre avec un minimum de 8 ans.
- il vous permet d'effectuer à tout moment des versements complémentaires, des retraits sans pénalités et de recevoir votre épargne au terme sous forme de capital ou de revenus garantis à vie.
- des services d'arbitrages, à la demande ou automatiques sont à votre disposition pour modifier ultérieurement la répartition de votre épargne.

INFORMATIONS GENERALES

Ce contrat collectif d'assurance sur la vie souscrit par Selfepargne SA, 26 Boulevard Malesherbes 75008 Paris, auprès d'ORADEA VIE, compagnie d'assurance vie et de capitalisation.

N° ORIAS : **07 005 433**

L'immatriculation peut être contrôlée sur le site www.orias.fr

L'organisme chargé du contrôle de l'activité est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles ACAM, 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

Cette recommandation ne résulte pas d'une analyse exhaustive de la totalité des contrats d'assurance existant sur le marché Français. Sur simple demande, la liste des entreprises d'assurances avec lesquelles votre conseiller collabore peut vous être communiquée.

Pour toute difficulté éventuelle, contactez votre Conseiller : il est votre interlocuteur privilégié et peut vous apporter tout éclaircissement nécessaire.

Pour toute réclamation, vous pouvez nous écrire l'adresse suivante : SELFEPARGNE SA - Centre de Gestion - 53 Avenue Jean Mermoz - 64000 PAU

Fait à _____, le

Signature Client

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT



Contrat d'assurance collective sur la vie souscrit par la société de courtage SELFEPARGNE SA
(immatriculation au registre des intermédiaires en assurance n° 07 005 433) auprès d'Oradea Vie
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout – 75009 PARIS

DESTINATAIRE : SELFEPARGNE SA CENTRE DE GESTION – 53 AVENUE JEAN MERMOZ – 64000 PAU

RESERVE A L'ASSUREUR

N° d'adhésion : |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESERVE AU COURTIER

Nom et code du courtier

SELFEPARGNE – 60467

Adhérent - Assuré

M. Mme. Mlle. Nom :

Prénom : Nom de jeune fille :

Date de Naissance : Lieu de naissance : Commune Département :

Adresse : Intitulé complémentaire :

Résidence - Bât. - Esc. :

N°, Type, Nom de voie :

Lieu-dit, Hameau... :

Code postal : Ville

Pays :

Statut fiscal (R = résident en France, N = non-résident en France) :

Adresse principale (O/N) :

Adresse à l'étranger (O/N) :

Caractéristiques de l'adhésion

■ Le versement initial global :

Le premier versement doit respecter un minimum de 500 € en gestion libre €

- Frais sur versement initial : 0%
- Modalité de paiement du versement initial :

Chèque bancaire ou Postale (joindre le chèque à la présente demande de souscription)
Chèque n° tiré sur la banque à l'ordre d'Oradea vie

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

RIB de prélèvement
Banque Guichet Numéro de compte Clé RIB

Date de prélèvement :
(la date choisie doit respecter un délais d'au moins 5 jours ouvrés par rapport à la date de signature de la demande de souscription).

■ Les versements programmés :

Le versement programmé suivant € (renseigner obligatoirement l'autorisation de prélèvement)

Minimum : 75 €/mois ; 225 €/ trimestre ; 450 €/semestre ; 900 €/an

- Frais sur versement : 0%

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

■ Choix du type de gestion :

Gestion à horizon

L'investissement est réparti selon la grille de gestion à horizon en vigueur.

Horizon de placement choisi : à compter de la date d'effet de la souscription (minimum conseillé 8 ans)

Paraphe de l'adhérent

RÈGLE PARTICULIÈRE À LA SCPI SÉLECTINVEST 1 :

Le nombre d'unités de compte maximum autorisé, tous versements et arbitrages confondus, représentatives de cette SCPI est fixé à 300. Ce seuil pourra être modifié à l'initiative d'ORADEA VIE. Les versements programmés sont autorisés sur les unités de compte représentatives de la SCPI Sélectinvest 1 dans cette limite. La partie de vos versements affectés à ces unités de compte lors de votre adhésion et pendant 30 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion est d'abord investie sur le support monétaire SGAM INVEST LIQUIDITES EURO. A la fin de cette période, c'est à dire le premier jour ouvré qui suit l'expiration de ce délai de 30 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion, le capital acquis est transféré sur les unités de compte représentatives de la SCPI. (voir les modalités précises dans la note d'information qui vous a été remise).

Durée ans, 8 ans minimum, 30 ans maximum. Au-delà de la durée initiale, le contrat est prorogeable annuellement par accord tacite.

Frais de gestion du support en euros et des supports en unités de compte :

- La tranche de capital constitué au 31 décembre à la date d'effet de votre adhésion est inférieur à 100 000 € : 0,075 % par mois soit un taux équivalent annuel de 0,90 % du capital constitué sur chaque support.
- La tranche de capital constitué au 31 décembre à la date d'effet de votre adhésion est supérieur à 100 000 € : 0,059 % par mois soit un taux équivalent annuel de 0,706 % du capital constitué sur chaque support.
- Support SCPI SELECTINVEST 1 : 0,092 % par mois, soit un taux équivalent annuel de 1,10 %.

Désignation des bénéficiaires

En cas de vie de l'assuré : L'adhérent

En cas de décès de l'assuré :

- Clause type 024 Son conjoint non divorcé, ni séparé de corps, à défaut chacun de ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut ses héritiers ;
- ou clause type 025 Chacun de ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut ses héritiers ;
- ou clause spécifique La ou les personne(s) suivante(s) (nom, prénom, nom de jeune fille pour les femmes mariées, adresse), défaut, les héritiers de l'assuré.

.....
.....
.....
.....
.....

Information de l'adhérent

L'Adhérent déclare avoir pris connaissance et imprimé un exemplaire de la présente demande d'adhésion et de la note d'information (ainsi que de l'annexe de présentation des supports) relatives au contrat SELFVIE ainsi que le dernier prospectus simplifié visé par l'AMF ou à défaut la dernière notice d'information visée par l'AMF pour chaque OPCVM choisi comme unité de compte. Il 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, destiné à ORADEA VIE, vaut récépissé de la note d'information. Un exemplaire des conditions générales du contrat est tenu à sa disposition sur simple demande.

En signant sa demande d'adhésion, l'adhérent reconnaît avoir été informé que son adhésion est conclue à la date d'encaissement par ORADEA VIE de son versement initial. 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 au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ORADEA VIE (Service de Gestion). Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la note d'information. La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du certificat d'adhésion.

Loi informatique et libertés (articles 27 et 31) et secret professionnel :

- Les informations nominatives recueillies dans le cadre du présent contrat et ultérieurement sont destinées à ORADEA VIE et à ses réassureurs qui, à défaut d'opposition de votre part pour des motifs légitimes, sont autorisés, de convention expresse, sont autorisés à les conserver en mémoire informatique, à les utiliser ainsi qu'à les communiquer aux mêmes fins à des tiers ou à des sous-traitants pour des besoins de gestion
- Les droits d'accès et de rectification peuvent être exercés auprès du service ayant recueilli ces informations.

Fait à _____ , le _____

Signature de l'adhérent-assuré

