

N° de client Cardif

CARDIF Assurance Vie
 Entreprise régie par le Code des assurances
 S.A. au capital de 490 824 112 € - 732 028 154 RCS Paris
 Siège social : 5, avenue Kléber - 75798 Paris Cedex 16
 Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil Malmaison Cedex
 Tél. 01 41 42 83 00
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles
 61, rue Taitbout - 75009 Paris

Cardif Multi-Plus 3 Capitalisation

Contrat de capitalisation individuel nominatif en euros et en unités de compte

Références du correspondant Cardif

Nom CGPI ASSOCES / ARKANISSIM Numéro 62243
 Adresse _____ Codé Postal _____

Identité du souscripteur (données obligatoires)

Souscripteur M. Mme Mlle

Nom HUBERT
 Nom de jeune fille _____
 Prénom AMANDINE FLEUR
 Adresse 67 AV. DE BRETEUIL

Code postal 75010 Ville PARIS

Pays _____

Tél. personnel _____

Tél. portable 01699188608

Tél. prof. _____

e-mail : amandine-hubert@xerox.com

Né(e) le 21/11/1980

à NEUDON Dép./Pays (92)

Nationalité FRANÇAISE

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) Cadre Commercial

Secteur d'activité Services

pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux)

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité.

nature et n° Carte d'Identité : 040806204329

Situation de famille

célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) PACSé(e)

Si marié(e), régime matrimonial _____

Norm et prénom de l'époux (épouse) (suivi du nom de jeune fille) _____

J'autorise Cardif à communiquer mon identité et mon domicile à l'administration fiscale.

Co-souscripteur le cas échéant M. Mme

(uniquement pour les époux mariés sous le régime de la communauté universelle avec clause d'attribution intégrale de la communauté au conjoint survivant et hors option PEA)

Nom _____

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Tél. personnel _____

Tél. portable _____

Tél. prof. _____

e-mail : _____

Né(e) le _____

à _____ Dép./Pays _____

Nationalité _____

Profession (si retraité ou inactif, ancienne fonction exercée) _____

Secteur d'activité _____

pièce d'identité en cours de validité (loi du 12/07/90 sur le blanchiment des capitaux)

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité.

nature et n° _____

Origine des fonds

Si fonds propres, clause de réemploi OUI NON

Demande de souscription

Je demande à souscrire au contrat de capitalisation individuel nominatif Cardif Multi-Plus 3 Capitalisation ou Cardif Multi-Plus 3 Capitalisation Option PEA (joindre le cas échéant le document "Demande de Transfert") - pour une durée de ans (en années pleines, entre 9 et 30 ans), à défaut 30 ans.

J'ai bien noté que le contrat ne pourra pas être matérialisé par l'émission d'un titre au porteur. Je recevrai en revanche une attestation de souscription.

Modalités des versements

Je souhaite effectuer :

un versement initial d'un montant de _____ € (minimum 1 500 € dans le cadre de la gestion libre)
 (minimum 50 000 € dans le cadre de l'option Mandat d'arbitrage)

A régler par chèque bancaire ou postal libellé exclusivement à l'ordre de Cardif.

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	HUBERT
PRENOMS	ALEXANDINE FLEUR
N° 67	RUE Av de Breteuil
C. POSTAL 75007	VILLE PARIS

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR

CARDIF 4, rue des Frères Caudron 92858 RUEIL MALMAISON

COMPTE A DEBITER

Etablis Code	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.
3.0003	01381	00050284494	371

Date : 18/01/2003

Signature :

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

NOM	Société générale
N° 78	RUE Av de Breteuil
C. POSTAL 75005	VILLE PARIS



Payez contre ce chèque
non endossable, sauf au profit d'une banque ou d'un organisme agréé par la loi



Soixante quinze euros

€ 75

CARDIF

Payable en France :

PARIS BRETEUIL

78 AV DE BRETEUIL

75015 PARIS

TEL: 01 40 61 20 50

0000311

3291

Fait à : *PARIS*

A6345

Compte n° 01381 00050284494 37

MLE AMANDINE HUBERT

67 AVENUE DE BRETEUIL

75007 PARIS

Le: *24/07/2007*

(83)

N° de chèque

Code guichet



SOCIETE GENERALE

Titulaire du **MLE AMANDINE HUBERT**
Compte :

67 AVENUE DE BRETEUIL

75007 PARIS

Domiciliation **PARIS BRETEUIL**

(03291)

Identification nationale (RIB)

30003

01381

00050284494

37

Code Banque

Code Guichet

Numéro de Compte

Cle RIB

Identification internationale (IBAN)

FR76 30003 01381 00050284494 37

Identifiant international de la Banque (BIC)

SOGEFRPP

B221505C02716 EUR 150506 A 03291

par prélèvement automatique,
entité Bancaire ci-dessus.

Je soussigné Mme , Mlle , Mr
 Nom : HUBERT

Prénom : AMANDINE FLEUR

Nom du produit : CARDIF MULTI-PLUS 3 CAPITALISATION

Je souhaite répartir mon versement programmé de : 75 euros

Nom du support	Code ISIN	Ventilation
AKS PRUDENTIEL	FR0010120089	
AKS AMPLITUDE	FR0010146001	
AKS DYNAMIQUE	FR0010234369	
AKS OPPORTUNITES	FR0010234377	
Tricolore rendement	FR0007028576	100
Richelieu France	FR0007373469	
CPR Europe N.	FR0010330258	
FLF Equity Japan	LU0194602230	
Amérique Rendement	FR0010201426	
Carmignac R 100	FR0010149211	
Aedificandi	FR0000172041	
Sgam Secteur Or	FR0000424319	
Eurose	FR0007051040	
TOTAL :		100 %

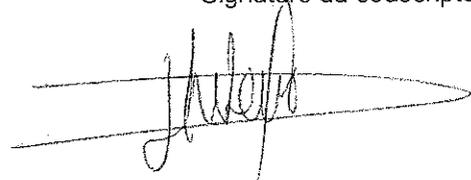
Je souhaite répartir le montant du transfert : 4 900 euros environ
 Je souhaite répartir mon versement libre de : _____ euros

Nom du support	Code ISIN	Ventilation
AKS PRUDENTIEL	FR0010120089	
AKS AMPLITUDE	FR0010146001	
AKS DYNAMIQUE	FR0010234369	
AKS OPPORTUNITES	FR0010234377	
Tricolore rendement	FR0007028576	100%
Richelieu France	FR0007373469	
CPR Europe N.	FR0010330258	
FLF Equity Japan	LU0194602230	
Amérique Rendement	FR0010201426	
Carmignac R 100	FR0010149211	
Aedificandi	FR0000172041	
Sgam Secteur Or	FR0000424319	
Eurose	FR0007051040	
TOTAL :		100 %

Je reconnais avoir reçu les notices d'information ou prospectus simplifiés concernant les supports sélectionnés.

A PARIS, le 18/07/2007

Signature du souscripteur



Demande de transfert

à envoyer à l'établissement gestionnaire désigné ci-dessous

- Transfert demandé dans le cadre du **PLAN D'EPARGNE EN ACTIONS** institué par la loi n° 92-666 du 16 juillet 1992 et par ses textes d'application
- Transfert demandé dans le cadre du **PLAN D'EPARGNE POPULAIRE** institué par la loi n° 89-935 du 29 décembre 1989

Je soussigné(e)

M. Mme Mlle

A remplir en lettres capitales

Nom | HUBERT |

Prénom | AMANDINE |

Nom de jeune fille | HUBERT |

Adresse | 67 AV DE BRETEUIL |

Code postal | 75007 | Ville | PARIS |

Né(e) le | 21 11 1980 | à | MEUDON LA FORET |

Département ou pays étranger | 92 |

Demande à

Nom de l'établissement gestionnaire | SOCIETE GENERALE |

Nom de l'interlocuteur dans l'établissement gestionnaire | KARINE IOUWIL |

Adresse | 78 AV DE BRETEUIL |

Code postal | 75015 | Ville | PARIS |

Téléphone | 01 40 61 20 54 | Fax | 01 42 73 23 95 |

PEA

- De bien vouloir **procéder à la vente immédiate et au prix du marché de l'ensemble des valeurs mobilières** composant le **Plan d'Épargne en Actions** (référence 03291088352024) dont je suis titulaire depuis le ___/___/___ (date d'ouverture du plan) et d'effectuer, dans les plus brefs délais, le **transfert de la contre valeur en euros** de mon contrat vers **Cardif Multi-Plus 2 Capitalisation option PEA**, contrat de capitalisation en unités de compte, souscrit auprès de **CARDIF Assurance Vie**.

PEP

- De bien vouloir procéder dans les plus brefs délais au transfert du **Plan d'Épargne Populaire** (référence _____) dont je suis titulaire depuis le ___/___/___ (date d'ouverture du plan), sur **Cardif Multi-Plus 2 option PEP**, contrat d'assurance sur la vie en euros et en unités de compte, souscrit auprès de **Cardif Assurance Vie**.

J'ai bien noté qu'en cas de transfert d'un PEP Assurance vers un Cardif Multi-Plus 2 option PEP, l'Administration fiscale retiendra comme date d'ouverture de ce dernier la date dudit transfert. L'antériorité fiscale du 1^{er} PEP est conservée pour la fiscalité en cas de vie et si le précédent PEP était un PEP Assurance, elle l'est également pour l'application de la fiscalité en cas de décès.

Attention : tout transfert d'un PEP Assurance en unités de compte qui ne sera pas accompagné d'un relevé de situation détaillé de moins de 3 mois sera impossible.

Ce transfert d'espèces doit s'effectuer uniquement par virement sur le compte Cardif Assurance Vie dont les références sont :

Banque	Code Guichet	N° de compte	Clé
310004	021118	010011001531503	912

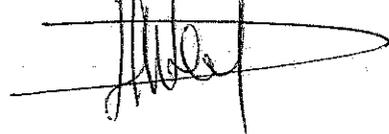
A titre indicatif, le montant attendu du transfert est de : _____ €

Signature

Je vous remercie également de retourner la fiche d'informations figurant au verso, dûment complétée à l'adresse suivante :
CARDIF Assurance Vie, Service Gestion Individuelle France
 4 rue des Frères Caudron, 92858 Rueif Malmaison Cedex (fax : 01-41-42-89-96)

A | PARIS |
 Le | 18/07/2007 |

Signature du titulaire



Liste des informations à communiquer à CARDIF par l'Établissement gestionnaire du PEA ou du PEP

N° Client Cardif	
Nom du titulaire	
Prénom	
Né(e) le	
Titulaire du Plan n°	

Informations demandées dans tous les cas	Transfert PEA	Transfert PEP
Date d'effet fiscale d'origine		
Montant de la somme transférée		
Montant de l'avoir fiscal au titre de l'année en cours*		
Cumul des versements nets de frais réalisés dans l'établissement d'origine		
Existence d'un rachat au-delà de 8 ans (oui / non)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Existence d'un rachat au-delà de 10 ans (oui / non)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A remplir en cas de rachat		
Cumul hors plus-values des capitaux retirés dans l'établissement d'origine depuis le 01/01/1997 si un rachat au-delà de 8 ans a eu lieu		
Cumul hors plus-values des capitaux retirés dans l'établissement d'origine depuis le 01/01/1997 si un rachat au-delà de 10 ans a eu lieu		
Cumul hors plus-values des capitaux retirés dans l'établissement d'origine depuis le 01/01/1998 si un rachat au-delà de 8 ans a eu lieu		
Cumul hors plus-values des capitaux retirés dans l'établissement d'origine depuis le 01/01/1998 si un rachat au-delà de 10 ans a eu lieu		

* Suppression de l'avoir fiscal pour les distributions effectuées à compter du 01/01/2005

Informations demandées en cas de transfert d'un PEA de capitalisation ou d'un PEP Assurance comportant des garanties en unités de compte	Transfert PEA	Transfert PEP
Valeur du contrat au 31/12/1996 si la date d'effet fiscale est antérieure au 31/12/1996		
Cumul des versements nets de frais réalisés dans l'établissement d'origine après le 01/01/1997		
Valeur du contrat au 31/12/1997 si la date d'effet fiscale est antérieure au 31/12/1997		
Cumul des versements nets de frais réalisés dans l'établissement d'origine après le 01/01/1998		

Fait à _____, le _____	
Nom de l'établissement gestionnaire _____	
Nom de l'interlocuteur dans l'établissement gestionnaire _____	
Téléphone _____	Fax _____
Signature et cachet de l'établissement gestionnaire du PEA ou du PEP	

Informations à retourner à :
CARDIF Assurance Vie, Service Gestion Individuelle France
4 rue des Frères Caudron, 92858 Rueil Malmaison Cedex (fax : 01.41.42.89.96)