



ASSURANCES SAINT-HONORÉ  
PATRIMOINE  
GROUPE LCF ROTHSCHILD

# SAINT-HONORÉ PLATINIUM

Demande de souscription



**Demande de souscription**

Contrat Individuel d'Assurance sur la Vie  
éd. 01/2009

**Je soussigné(e), (1<sup>er</sup> Souscripteur)**

M. \_\_\_\_\_  
*(nom en lettres capitales) (nom de jeune fille pour les femmes mariées)*

Mme \_\_\_\_\_  
*(prénom en lettres capitales)*

Mlle \_\_\_\_\_  
*(adresse)*

\_\_\_\_\_  
*(code postal) (localité) (pays)*

N° carte d'identité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), (2<sup>ème</sup> Souscripteur)**

*(Uniquement pour les époux mariés sous un régime communautaire)*

M. \_\_\_\_\_  
*(nom en lettres capitales) (nom de jeune fille pour les femmes mariées)*

Mme \_\_\_\_\_  
*(prénom en lettres capitales)*

Mlle \_\_\_\_\_  
*(adresse)*

\_\_\_\_\_  
*(code postal) (localité) (pays)*

N° carte d'identité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

une copie recto verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité, accompagnée d'une pièce justificative récente disposant d'une adresse identique à celle qui est indiquée ci-dessus (ex : facture, attestation de résidence...) doivent obligatoirement être jointes à la demande de souscription

**A renseigner uniquement en cas de co-souscription**

**Dénouement :**  au premier décès  
 au second décès, (uniquement pour les époux mariés sous le régime de la communauté universelle avec clause d'attribution intégrale de la communauté au conjoint survivant ou si le régime matrimonial contient un avantage matrimonial prenant la forme d'une clause précipitaire intégrant dans son périmètre le contrat d'assurance vie.)

**Bénéficiaire(s) en cas de décès de l' (des) Assuré(s)**

**Souscription simple :**

Je désigne comme Bénéficiaire(s) en cas de décès :

le conjoint du Souscripteur à la date du décès ; à défaut les enfants vivants ou représentés du Souscripteur par parts égales ; à défaut les héritiers du Souscripteur par parts égales.

les enfants vivants ou représentés du Souscripteur par parts égales ; à défaut les héritiers du Souscripteur par parts égales.

Clause libre (*nom, prénom, date et lieu de naissance, nom de jeune fille, lien de parenté éventuel, adresse du (des) Bénéficiaire(s)*) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, à défaut les héritiers du (des) Souscripteur(s) par parts égales.

Clause bénéficiaire déposée chez un notaire : Je désigne comme Bénéficiaire(s) des capitaux en cas de décès la (les) personne(s) citée(s) dans la clause bénéficiaire déposée chez Maître (*nom, prénom, adresse et code postal de l'étude*), à défaut les héritiers du (des) Souscripteur(s) par parts égales.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bénéficiaire(s) en cas de vie de l' (des) Assuré(s) :** le(s) Souscripteur(s) par parts égales.

**Versement initial total** \_\_\_\_\_ y compris les frais d'entrée, taxes et autres impôts en vigueur au moment de la souscription.

- Je règle par chèque bancaire ou postal à l'ordre de Cardif Lux International.
- Je règle par virement de mon compte sur le compte de Cardif Lux International S.A. auprès de La Compagnie Financière Edmond de Rothschild Banque (code BIC : COFIFRPP)  
au n° IBAN : 4252 9000 0100 0780 3001 011 (versement en EUR ou en USD) (Indiquer le numéro de la demande de souscription comme libellé du virement)
- Je règle par virement de mon compte sur le compte de Cardif Lux International auprès de Dexia - BIL (code BIC : BILLULLL)  
au n° IBAN : LU10 0027 1272 6950 5200 (versement en EUR)  
au n° IBAN : LU49 0027 1272 6951 0900 (versement en USD)  
(Indiquer le numéro de la demande de souscription comme libellé du virement)

Versement minimum pour l'offre Gestion Libre : l'équivalent de EUR 10.000 (EUR 2.500 pour les versements complémentaires).  
Versement minimum pour l'offre Gestion Personnalisée : l'équivalent de EUR 500.000 (EUR 2.500 pour les versements complémentaires).

**Devise de référence**

EUR       USD       CHF       GBP

A défaut d'indication, la devise de référence sera l'EUR

**Durée du contrat**

- \_\_\_\_\_ an(s)  
 30 ans

La durée maximale du contrat est de 30 ans. A défaut d'indication, la durée du contrat sera égale à 30 ans. Le contrat est prorogé tacitement année par année, sauf dénonciation deux mois avant le terme par simple lettre. La durée du contrat dépend notamment de la situation patrimoniale du Souscripteur, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur, et des caractéristiques du contrat choisi.

**Répartition du montant investi**

Gestion Libre (Min. EUR 10.000)

Indiquer ci-dessous le libellé des fonds choisis (voir annexe I ou règlement de fonctionnement des FIC)

Fonds Général _____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
SOUS TOTAL I	_____ %

Gestion Personnalisée (Min. EUR 500.000)

Fonds Général _____	_____ %
Fonds Dédié* LU _____	_____ %
Fonds Dédié* LU _____	_____ %
Fonds Dédié* LU _____	_____ %
SOUS TOTAL II	_____ %
* Remplir l'annexe II à la demande de souscription et le Profil d'Investissement.	
TOTAL	
SOUS TOTAL I + SOUS TOTAL II	100 %

**Frais**

Frais d'entrée (sur versement initial)	5,00 %	du versement
Frais de gestion d'assurance* (taux annuel)	Fonds Général :	1,00 %
	Fonds Externes :	1,00 %
	Fonds Interne Dédié :	1,00 %
Frais sur les produits financiers	voir annexe I, annexe II ou règlement de fonctionnement des FIC	

\* prélevés prorata temporis aux échéances de valorisation du contrat

Je prends acte que Cardif Lux International est établie au Grand-Duché de Luxembourg et je suis conscient que la surveillance de cet Assureur relève de la responsabilité du Commissariat aux Assurances de Luxembourg.

Je reconnais avoir reçu préalablement l'ensemble des documents nécessaires à la conclusion du contrat, notamment un exemplaire des conditions générales et de ses annexes.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance préalablement à ma souscription, des Conditions Générales valant note d'information du contrat Saint-Honoré Platinum, ainsi que des caractéristiques des supports financiers choisis et notamment pour chaque fonds externe choisi : des caractéristiques principales ou du prospectus simplifié.

Je reconnais que l'ensemble des documents contractuels est rédigé à ma demande en langue française.

Je prends bien note que la contre-valeur dans la devise de référence du contrat des garanties en Unités de compte dépend de la valeur des supports correspondants et du cours de change de la devise de cotation du support par rapport à la devise du contrat ; **les valeurs des Unités de compte ne sont donc pas garanties par l'Assureur et seront amenées à fluctuer selon l'évolution des marchés financiers et des marchés des changes.**

Je reconnais avoir été mis en garde sur le fait que la résiliation, la réduction ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie en cours, en vue de la souscription d'un autre contrat d'assurance sur la vie est en général préjudiciable au Souscripteur. Je reconnais également avoir été mis en garde des risques associés à un rachat anticipé du contrat tant sur le plan fiscal que sur celui de la performance de l'investissement.

J'ai pris connaissance que je peux désigner le(s) Bénéficiaire(s) dans la demande de souscription mais également ultérieurement, par avenant au contrat. La désignation du (des) Bénéficiaire(s) pourra être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, j'ai pris note que je peux porter à la connaissance de l'Assureur, les coordonnées de ce Bénéficiaire qui seront utilisées en cas de décès de l'Assuré. J'ai pris connaissance du fait que je peux modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire.

J'ai noté que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figure sur tout fichier à l'usage de Cardif Lux International. Les données recueillies sur la demande de souscription sont destinées à usage interne de Cardif Lux International.

Je reconnais avoir pris connaissance de mes obligations déclaratives en matière de fiscalité.

Je déclare que le présent contrat est réalisé pour mon propre compte et que les fonds destinés à être investis ne sont pas d'origine délictueuse ou criminelle.

J'ai pris note que je peux renoncer à mon contrat dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception des conditions particulières intégrant le Tableau des valeurs de rachat minimales personnalisées. Cette renonciation doit être faite par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée à Cardif Lux International. Cette renonciation peut être faite selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) (M./Mme/Mlle, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat n° (numéro) Saint-Honoré Platinum du (date de signature de la demande de souscription). Le (date). Signature".

En cas de co-souscription, les Souscripteurs déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (designation du (des) Bénéficiaire(s), rachats, avances, arbitrages...) liées à ce contrat d'assurance vie sont soumises à leur co-signature.

**Vous recevrez les conditions particulières au présent contrat au plus tard dans les trois semaines suivant la date de signature de la demande de souscription. Si vous ne les recevez pas dans ce délai, nous vous remercions d'en avvertir Cardif Lux International par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.**

Signature(s)

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature du 1<sup>er</sup> Souscripteur

Signature du 2<sup>ème</sup> Souscripteur

Conseiller \_\_\_\_\_

Observations

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du Conseiller

**SAINT-HONORÉ  
PLATINIUM**



**ASSURANCES SAINT-HONORÉ  
PATRIMOINE**  
GROUPE LCF ROTHSCHILD

Assurances Saint-Honoré Patrimoine

Siège social : 47, rue du Faubourg Saint-Honoré

75008 Paris

Tél. : +(33) 1 40 17 22 32

Fax : +(33) 1 40 17 89 40

Société de Courtage d'Assurances

N° d'immatriculation ORIAS 07 004 349

**CARDIF LUX INTERNATIONAL**

Cardif Lux International

Société Anonyme

Siège social : 33 rue de Gasperich

L-5826 Hesperange

Adresse postale : B.P. 691, L-2016 Luxembourg

Tél. : +352 26 21 41

Fax : +352 26 214 9371

R.C.S. Luxembourg n° B47 240