



ASSURANCES SAINT-HONORÉ
PATRIMOINE
GROUPE LCF ROTHSCCHILD

47, rue du Faubourg Saint Honoré - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 40 17 22 32 - Fax +33 (0)1 40 17 89 40
Société de Courtage d'Assurances -
N° d'immatriculation ORIAS 07 004 349
Société par Actions Simplifiée - Capital de 7 034 410 EUR
443 114 632 RCS PARIS - APE 672 Z
N° de TVA Intracommunautaire : FR 36 443 114 632
www.lcf-rothschild.fr

SAINT-HONORÉ UNIVERSEL 2

Contrat individuel d'assurance vie
de type « Vie Universelle » à capital variable,
libellé en devises et/ou en unités de compte



AG2R LA MONDIALE

La Mondiale Europartner
23, rue du Puits Romain
L-8070 Bertrange - Luxembourg
Tél. : +352 45 85 87-1
Fax : +352 45 87 18

S.A. au capital de 44 686 447 EUR
R.C. Luxembourg B49 940
TVA Intracommunautaire : LU16326640

Proposition de souscription SHU2

DROIT APPLICABLE AU CONTRAT :

droit français

droit luxembourgeois

droit belge

PRENEUR(S) D'ASSURANCE N°1

PERSONNE PHYSIQUE (*)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ____/____/____ à : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Pays de résidence : _____

* Joindre une copie de pièce d'identité en cours de validité CNI(recto-verso) ou du passeport

SITUATION FAMILIALE

Marié Concubinage notoire Vie maritale
 Célibataire Divorcé/séparé Veuf Pacsé

Personnes à votre charge : 0 1 2 3 et plus

PROFESSION

Dirigeant de société Cadre Employé

Profession libérale/Indépendant Fonction/Mandat Public

Retraité Sans

Autre _____

Exercée depuis : ____/____/____ Pays : _____

Employeur (nom) : _____

Si retraité (préciser : l'activité professionnelle, la fonction et le nom de l'employeur avant la retraite),

Si indépendant (préciser : la fonction, la nature de l'activité du preneur d'assurance ou de l'entreprise qu'il dirige),

Le preneur d'assurance exerce ou a-t-il exercé une fonction ou un mandat public ? NON OUI

Mandat politique(*) Fonctionnaire (*) Militaire(*)

Diplômé(*) Avocat Notaire Justice(*)

(*) préciser : la fonction, la nature de l'activité du preneur d'assurance, le pays où elle est exercée:

SOUSCRIPTION CONJOINTE (uniquement pour les résidents français)

Régime matrimonial (information obligatoire pour une souscription conjointe) :

Lors d'une souscription conjointe, les deux souscripteurs sont co-assurés,

le dénouement du contrat a lieu :

• au premier décès (régime de communauté légale)

• au dernier décès (régime de communauté universelle avec clause d'attribution intégrale ou régime de communauté légale avec clause précipitaire portant sur le contrat)

Les modalités sont définies dans l'article III «Modalités de souscription» point 2. des dispositions spéciales de la proposition de contrat.

PRENEUR D'ASSURANCE N°2

PERSONNE PHYSIQUE (*)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ____/____/____ à : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Pays de résidence : _____

* Joindre une copie de pièce d'identité en cours de validité CNI(recto-verso) ou du passeport

SITUATION FAMILIALE

Marié Concubinage notoire Vie maritale

Célibataire Divorcé/séparé Veuf Pacsé

Personnes à votre charge : 0 1 2 3 et plus

PROFESSION

Dirigeant de société Cadre Employé

Profession libérale/Indépendant Fonction/Mandat Public

Retraité Sans

Autre _____

Exercée depuis : ____/____/____ Pays : _____

Employeur (nom) : _____

Si retraité (préciser : l'activité professionnelle, la fonction et le nom de l'employeur avant la retraite),

Si indépendant (préciser : la fonction, la nature de l'activité du preneur d'assurance ou de l'entreprise qu'il dirige),

Le preneur d'assurance exerce ou a-t-il exercé une fonction ou un mandat public ? NON OUI

Mandat politique(*) Fonctionnaire (*) Militaire(*)

Diplômé(*) Avocat Notaire Justice(*)

(*) préciser : la fonction, la nature de l'activité du preneur d'assurance, le pays où elle est exercée:

LIEN AVEC LE PRENEUR D'ASSURANCE N°1

Demandons la souscription au contrat SAINT-HONORÉ UNIVERSEL 2

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Tout courrier relatif à la souscription ou à la modification du présent contrat doit être envoyé à l'adresse suivante :

Adresse : _____

Nous demandons la conservation gratuite de tous les courriers au siège de :

ASSURE N°1 (SI DIFFERENT DU PRENEUR D'ASSURANCE)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ | Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____ | Profession : _____

Nationalité : _____ | Adresse : _____

Date de naissance : ____/____/____ | Lieu de naissance : _____ | Pays de résidence : _____

Lien avec le preneur d'assurance : _____

ASSURE N°2 (SI DIFFERENT DU PRENEUR D'ASSURANCE)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ | Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____ | Profession : _____

Nationalité : _____ | Adresse : _____

Date de naissance : ____/____/____ | Lieu de naissance : _____ | Pays de résidence : _____

Lien avec le preneur d'assurance : _____

BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

Je choisis comme bénéficiaire en cas de décès :

Le conjoint du preneur d'assurance non séparé judiciairement, à défaut les enfants nés ou à naître du preneur d'assurance, vivants ou représentés par parts égales ; à défaut les ascendants du preneur d'assurance par parts égales, ou le survivant d'entre eux ; à défaut les héritiers du preneur d'assurance dans l'ordre de la dévolution légale.

Selon désignation déposée chez Maître _____ Notaire à _____
A défaut, les héritiers du preneur d'assurance dans l'ordre de la dévolution légale.

Autre clause bénéficiaire, indiquer le lien avec le preneur d'assurance ainsi que les nom, nom de jeune fille, prénom, date et lieu de naissance :

- _____ pour _____ % du capital

A défaut, les héritiers du preneur d'assurance dans l'ordre de la dévolution légale

Si deux personnes sont assurées, le décès qui impliquera le paiement de la prestation et le dénouement du contrat est : 1^{er} décès* 2^e décès*

* Uniquement dans le cas où le régime matrimonial des preneurs d'assurance le permet et conformément à la réglementation qui leur est applicable.

MODALITE EN CAS DE RACHAT OU DE PRESTATION AU BENEFICIAIRE – FONDS A LIQUIDITE REDUITE

A l'effet de permettre le paiement du montant du rachat total du contrat ou de la prestation au bénéficiaire dans un délai inférieur à un mois, le preneur d'assurance opte pour un versement en numéraire et, le cas échéant, pour la remise des titres qui ne pourraient pas faire l'objet d'une liquidation dans ce délai :

OUI NON

A défaut d'indication, la compagnie d'assurance effectue le règlement de la présentation en numéraire.

GARANTIES OPTIONNELLES EN CAS DE DECES

CHOIX DE L'OPTION

- Option 1 : garantie Plancher
- Option 2 : garantie Plancher Indexée selon un taux de revalorisation annuel de : 1% 2% _____ % (maximum 3%)
- Option 3 : garantie Cliquet
- Option 4 : garantie Majorée pour un montant de : _____, devise : _____

- Maximum 4 fois l'épargne inscrite au contrat pour les moins de 35 ans,
- Maximum 3 fois l'épargne inscrite au contrat pour les moins de 44 ans,
- Maximum 2 fois l'épargne inscrite au contrat pour les moins de 54 ans,
- Maximum 1,5 fois l'épargne inscrite au contrat pour les moins de 64 ans,
- Maximum 1,2 fois l'épargne inscrite au contrat pour les moins de 74 ans.

dans le cas où il y a 2 assurés : si le dénouement du contrat a lieu au 1^{er} décès on prendra en compte l'âge de l'assuré le plus âgé, si le dénouement du contrat a lieu au 2^e décès on prendra en compte l'âge de l'assuré le plus jeune

- Option 5 : garantie Tunnel
- Tunnel Montant : _____, devise : _____ (montant fixe augmentant l'épargne acquise calculée)
- Tunnel Pourcentage : _____ % de l'épargne acquise.

Je reconnais être informé que la garantie choisie ne prend effet qu'après réception de la totalité des pièces nécessaires, et acceptation par la compagnie d'assurance si des formalités médicales sont requises

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions générales et dispositions spéciales de la proposition d'assurance comprenant notamment l'encadré précisant certaines dispositions essentielles du contrat valant note d'information et les tableaux de valeur de rachat.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'annexe financière relative aux supports éligibles au contrat, ainsi que les notices d'informations financières, exprimant leurs principales caractéristiques.

Je reconnais avoir été informé que l'épargne investie sur les supports d'investissement libellés en unités de compte ne bénéficie d'aucune garantie en capital de la part de la compagnie d'assurance. L'engagement de la compagnie d'assurance ne porte que sur le nombre d'unités de compte et sur son calcul, et non sur la valeur des unités de compte. La valeur des unités de compte, qui reflète la valeur des actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse et à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. Les fluctuations à la hausse ou à la baisse sont au bénéfice ou à la charge du preneur d'assurance.

En autorisant le recours à des produits de gestion alternative, j'accepte les risques et particularités liés à la nature des investissements sous-jacents.

Je reconnais être informé que la fiscalité est celle de mon pays de résidence.

J'autorise LA MONDIALE EUROPARTNER à enregistrer et à traiter les données que j'ai communiquées, ainsi que celles qui seront recueillies ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer et d'exécuter les contrats d'assurance, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude, conformément à la loi du 02 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

RENONCIATION

Le preneur d'assurance peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur d'assurance est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : LA MONDIALE EUROPARTNER, Adresse Postale : B.P 2122, L - 1021 Luxembourg. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la proposition d'assurance. Le délai de renonciation et le montant remboursé sont fixés par le droit applicable au contrat indiqué dans les dispositions spéciales de la proposition d'assurance. La renonciation a pour effet de libérer le preneur d'assurance pour l'avenir de toute obligation découlant du contrat.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature(s) du (des) preneur(s) d'assurance
précédée(s) de la mention : "Lu et Approuvé"

Signature du 1^{er} assuré (s'il est différent du preneur d'assurance)
précédée de la mention : "Lu et Approuvé"

Signature du 2^e assuré (s'il est différent du preneur d'assurance)
précédée de la mention : "Lu et Approuvé"

Conseiller