

CONTRAT INDIVIDUEL D'ASSURANCE VIE

Contrat de type multisupports exprimé en euros et/ou en unités de compte.  
Code Produit n°1131 - À compter du 1<sup>er</sup> Septembre 2018

SOUSCRIPTEUR ET ASSURÉ

(Nu-proprétaire dans le cadre d'une souscription en démembrement)

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : [ ] (jour/mois/année)

À : ..... Dépt : [ ]

Nationalité : .....  
(en cas de nationalités multiples, les renseigner)

Adresse : N°/Voie : .....

Code Postal : [ ] Ville : .....

Téléphone domicile : [ ]

Téléphone portable : [ ]

Adresse e-mail : .....

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée):  
..... + CSP\* : [ ]

\*Voir la liste des CSP ci-dessous.

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire  PACS  Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Marié(e) sous le régime de :  Communauté  
 Séparation de biens

Nom et prénom de l'époux (ou épouse, suivi du nom de naissance):  
.....

PIÈCE D'IDENTITÉ DU SOUSCRIPTEUR ET ASSURÉ

Pièce :  Carte d'identité (recto/verso)  Passeport (3 pages)  
 Permis de conduire  Carte de séjour

Joindre la photocopie du recto et du verso de la pièce d'identité en  
cours de validité, nature, numéro du document et date de fin de validité :  
.....

CO-SOUSCRIPTEUR ET CO-ASSURÉ

(Usufruitier (uniquement co-souscripteur)  
dans le cadre d'une souscription en démembrement)

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : [ ] (jour/mois/année)

À : ..... Dépt : [ ]

Nationalité : .....  
(en cas de nationalités multiples, les renseigner)

Adresse : N°/Voie : .....

Code Postal : [ ] Ville : .....

Téléphone domicile : [ ]

Téléphone portable : [ ]

Adresse e-mail : .....

Profession (si retraité ou inactif, ancienne profession exercée):  
..... + CSP\* : [ ]

DÉNOUEMENT (sans objet en cas de démembrement)

Pour une souscription conjointe, les deux Souscripteurs sont co-  
assurés, le dénouement du contrat aura lieu :

au premier décès (uniquement pour les époux mariés sous un régime  
de communauté. Joindre le livret de famille ou le contrat de mariage)

au dernier 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 clause de préciput désignant le contrat  
d'assurance vie).

PIÈCE D'IDENTITÉ DU CO-SOUSCRIPTEUR ET CO-ASSURÉ

Pièce :  Carte d'identité (recto/verso)  Passeport (3 pages)  
 Permis de conduire  Carte de séjour

Joindre la photocopie du recto et du verso de la pièce d'identité en  
cours de validité, nature, numéro du document et date de fin de validité :  
.....

DURÉE DU CONTRAT

Durée viagère

Durée déterminée fixée à [ ] ans (minimum 8 ans)

Épargne Handicap :  Oui

Non

LISTE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DÉTAILLÉES Niveau 3 (Source : INSEE)

11	Agriculteurs sur petite exploitation	44	Clergé, religieux	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
12	Agriculteurs sur moyenne exploitation	45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
13	Agriculteurs sur grande exploitation	46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	69	Ouvriers agricoles
21	Artisans	47	Techniciens	71	Anciens agriculteurs exploitants
22	Commerçants et assimilés	48	Contremaîtres, agents de maîtrise	72	Anciens artisans, commerçants, chef d'entreprise
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique	74	Anciens cadres
31	Professions libérales	53	Policiers et militaires	75	Anciennes professions intermédiaires
33	Cadres de la fonction publique	54	Employés administratifs d'entreprise	77	Anciens employés
34	Professeurs, professions scientifiques	55	Employés de commerce	78	Anciens ouvriers
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	56	Personnels des services directs aux particuliers	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	62	Ouvriers qualifiés de type industriel	83	Militaire du contingent
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	63	Ouvriers qualifiés de type artisanal	84	Élèves, étudiants
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	64	Chauffeurs	85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage	86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)



**SIGNATURE DE PRISE DE CONNAISSANCE DES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU CONTRAT ET DES OPTIONS D'INVESTISSEMENT**

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des caractéristiques principales des supports sélectionnés (*Annexe Financière des Conditions Générales, prospectus et notices d'information des supports*). Les documents d'information financière au titre de l'ensemble des Unités de Compte (*prospectus simplifié ou document d'information clé pour l'investisseur*) sont disponibles sur simple demande auprès de mon Conseiller, sur le site Internet des sociétés de gestion ou via le site Internet [www.amf-france.org](http://www.amf-france.org).

**Je déclare avoir été informé que je prends à ma charge les variations de valeurs des supports que j'ai souscrits.**

Je reconnais également avoir pris connaissance des caractéristiques principales du contrat et de ses différentes options d'investissement exposées dans le Document d'Informations Clés et les Documents d'Informations Spécifiques qui m'ont été préalablement remis par mon Conseiller dans le cadre du Règlement européen sur les documents d'informations clés relatifs aux produits d'investissement packagés de détail et fondés sur l'assurance, documents disponibles sur le site de l'Assureur.

**Signature du Souscripteur et Assuré**  
précédée de la mention « lu et approuvé »

**Signature du Co-Souscripteur et Co-Assuré**  
précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à .....  
le .....  
(date de signature de la souscription)

**VALEURS DE RACHAT SUR LES FONDS EN EUROS (uniquement en cas d'investissement sur les fonds en euros)**

Les valeurs de rachat minimales ci-dessous prennent en compte l'ensemble des frais connus et pouvant être établis à la souscription. Les prélèvements sociaux et fiscaux ne sont pas pris en compte. Si Vous n'avez pas retenu les fonds en euros dans votre investissement initial, cette information est sans objet.

- Je remplis les valeurs de rachat dans le tableau ci-dessous.
- Je joins au bulletin de souscription l'annexe relative aux valeurs de rachat.

Année	1	2	3	4	5	6	7	8
Montant cumulé des versements bruts	..... €	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1
Montant cumulé des versements bruts sur le(s) fonds en euros	..... €	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1	Idem Année 1
Valeur de rachat minimale personnalisée sur le(s) fonds en euros	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €

Les valeurs de rachat minimales ci-dessus ne tiennent pas compte des éventuels prélèvements liés à la souscription d'une garantie de prévoyance, lesquels ne sont pas plafonnés en euros.

Si Vous avez souscrit une garantie de prévoyance optionnelle, alors il n'existe pas de valeur de rachat minimale exprimée en euros. Des simulations de valeur de rachat avec prise en compte de la garantie de prévoyance optionnelle sont indiquées dans les Conditions Générales dans l'article 17 « Cumul des versements et valeurs de rachat sur les huit premières années ».

**OPTIONS DE GESTION**

J'opte pour la ou les option(s) de gestion suivante(s) et détaille les modalités de mise en place sur l'avenant « Options de gestion » aux Conditions Générales joint :

- Investissement progressif
- Sécurisation des plus-values
- Stop Loss Relatif
- Réallocation automatique

Les conditions d'accès à ces options sont définies aux Conditions Générales.

**GARANTIE DE PRÉVOYANCE OPTIONNELLE EN CAS DE DÉCÈS**

À condition que l'(les) Assuré(s) soi(en)t âgé(s) de plus de 12 ans et de moins de 75 ans, la Garantie Décès Plancher présentée en Annexe I des Conditions Générales peut être retenue à la souscription.

- J'opte pour la Garantie Décès Plancher et je reconnais avoir pris connaissance des caractéristiques de la Garantie Décès Plancher présentée en Annexe I des Conditions Générales, ainsi que de son mode de tarification.
- J'opte pour la Garantie Décès Plancher Indexée et je reconnais avoir pris connaissance des caractéristiques de la Garantie Plancher Indexée en Annexe I des Conditions Générales.

La Garantie décès plancher et la Garantie décès plancher Indexée sont exclusives l'une de l'autre.

**DÉSIGNATION DU(DES) BÉNÉFICIAIRE(S)**

**Bénéficiaire en cas de vie de l'Assuré au terme du contrat :**

- L'Assuré

**Bénéficiaire en cas de décès de l'Assuré :**

- Le conjoint non séparé de corps judiciairement ou le partenaire de PACS de l'Assuré, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
- Les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
- Selon clause bénéficiaire déposée chez Maître .....  
Notaire à ..... Code Postal .....  
à défaut les héritiers de l'Assuré.
- Autre clause .....  
.....  
à défaut les héritiers de l'Assuré.

(Nous vous invitons à préciser lors de la rédaction de votre clause les noms, prénoms, date et lieu (commune) de naissance des Bénéficiaires nommément désignés. Vous pouvez également rédiger votre clause bénéficiaire sur courrier libre daté et signé contenant ces informations, joint à votre dossier de souscription.)

SIGNATURE DU BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du contrat PRIVATE VIE référencées CG1131 - 01/09/2018 et de ses Annexes, et notamment de mon droit à renonciation. Je reconnais être parfaitement informé du fait que la fiscalité applicable au contrat d'assurance PRIVATE VIE, ainsi que les avantages qui en résultent, sont susceptibles de varier dans le temps.

Je peux renoncer à la souscription du contrat d'assurance vie pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin de souscription, date à laquelle j'ai été informé de la souscription de mon contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à SPIRICA - 50-56 rue de la Procession - 75724 PARIS CEDEX 15. Elle peut être faite selon le modèle présenté en Annexe III des Conditions Générales.

Fait à .....

Le [ ] (date de signature de la souscription)

Signature du Souscripteur et Assuré
précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du Co-Souscripteur et Co-Assuré
précédée de la mention « lu et approuvé »

En cas de co-souscription, les Souscripteurs déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du(des) Bénéficiaires, rachats, arbitrages...) liées à ce contrat est soumis à leur co-signature.

Vous recevrez les conditions particulières de votre contrat au plus tard dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de signature du bulletin de souscription. Si Vous ne les recevez pas dans ce délai, Vous devez avertir Spirica par lettre recommandée avec accusé de réception. Les données à caractère personnel collectées font l'objet de la part de Spirica de traitements destinés à la gestion de votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cette gestion et pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Les destinataires de ces données sont les personnels habilités chargés de la gestion des contrats, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les sous-traitants et prestataires, les co-assureurs et réassureurs, les autorités administratives et judiciaires. Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité relativement à l'ensemble des données collectées vous concernant. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier simple à SPIRICA -Délégué à la protection des Données - 50-56 rue de la Procession, 75724 Paris cedex 15 ou par courrier électronique à donneepersonnelles@spirica.fr.

Le contrat « PRIVATE VIE » est distribué par des intermédiaires en assurance, dont l'activité est réglementée par les articles L 511-1 et suivants du Code des Assurances. Les intermédiaires en assurance doivent être immatriculés au registre des intermédiaires en assurance, tenu par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS), dont le siège social est situé : 1, rue Jules-Lefebvre - 75009 Paris. Ce registre est librement accessible au public sur le site www.orias.fr. En application des dispositions de l'article R 520-1 du Code des Assurances, toute information spécifique relative à votre intermédiaire en assurance Vous sera directement communiquée par celui-ci. Vous pouvez vous adresser à votre intermédiaire en assurance en cas de contestation relative à son activité d'intermédiation en assurance. Conformément à l'article L 310-12 du Code des Assurances, l'intermédiaire en assurance est soumis, de par sa qualité, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

Référence Conseiller : [ ]

Nom, prénom :
.....
.....
.....

Signature et Cachet:

Observations :
.....
.....
.....
.....
.....

Spirica logo
ASSURÉ PAR
Société d'assurance sur la vie
Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 PARIS
Société anonyme au capital de 181 044 641 euros,
Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 487 739 963
Entreprise régie par le Code des Assurances



NORTIA GROUPE DLPK
DISTRIBUÉ PAR
Société de Courtage d'Assurance et Courtier en Opérations de Banque et en Services de Paiement
215 Avenue Le Nôtre - BP 90335 - 59056 ROUBAIX Cedex 1
SAS au capital de 2 007 786,65 euros
Immatriculée au RCS Lille Métropole 398 621 102 000 43
Immatriculée sous le n° ORIAS 07 001 890 (www.orias.fr)
Les informations relatives au traitement des réclamations sont disponibles sur simple demande ou à l'adresse http://www.nortia.fr/legales.html