

SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725_01YSGB
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

DEMANDE DE VERSEMENT AU CONTRAT DÉMEMBRÉ UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Destinataire : ORADEA VIE ORLÉANS

42, bd Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Demande d'opérations présentée par :

Nom et code du conseiller :

Signature : _____

A NOTER

• La partie 1 (Souscripteurs) doit être intégralement complétée pour toute demande de versement.

1 - SOUSCRIPTEURS

CO-SOUSCRIPTEUR - NU PROPRIÉTAIRE

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

CO-SOUSCRIPTEUR - USUFRUITIER 1

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

M Mme **Nom**

Prénom **Nom de naissance**

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité **E-mail**

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) **Adresse principale (O/N)** **Adresse à l'étranger (O/N)**

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) pour toute demande de versement.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

Au sein de la Gestion Libre

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Au sein de la Gestion Assistée

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	.....EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	.....EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	.....EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	.....EUR

Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS ».

3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

A compléter pour toute demande de versement.

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Immédiat

Différé

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER

Nom du créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux

instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

Compte à débiter :

BIC | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.
Chèque n° tiré sur la banque
à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE

Les fonds démembrés investis ont la même origine que ceux ayant servi lors de la souscription du contrat, à savoir :

4 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de versement libre, le cas échéant l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, ainsi que le Document d'Information Clé pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, société du Groupe SOGECAP ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, ainsi que de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement, étant entendu que l'exercice de ce droit peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE d'exécuter votre demande.

Ces droits peuvent être exercés auprès de ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex, ou en suivant les instructions sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fait en exemplaires à, le

Signature des co-souscripteurs

Nu-propriétaire

Usufruitier 1

Usufruitier 2, le cas échéant



SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725_01YSGB
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

DEMANDE DE VERSEMENT AU CONTRAT DÉMEMBRÉ UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Destinataire : PARTENAIRE

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Demande d'opérations présentée par : _____

Nom et code du conseiller : _____

Signature : 

A NOTER

• La partie 1 (Souscripteurs) doit être intégralement complétée pour toute demande de versement.

1 - SOUSCRIPTEURS

CO-SOUSCRIPTEUR - NU PROPRIÉTAIRE

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

CO-SOUSCRIPTEUR - USUFRUITIER 1

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

M Mme **Nom**

Prénom **Nom de naissance**

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité **E-mail**

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) **Adresse principale (O/N)** **Adresse à l'étranger (O/N)**

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) pour toute demande de versement.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

Au sein de la Gestion Libre

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Au sein de la Gestion Assistée

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	.....EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	.....EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	.....EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	.....EUR

Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS ».

3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

A compléter pour toute demande de versement.

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Immédiat

Différé

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER

Nom du créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux

instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

Compte à débiter :

BIC | | | | | | | | | | | |

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.
Chèque n° tiré sur la banque

Les fonds démembrés investis ont la même origine que ceux ayant servi lors de la souscription du contrat, à savoir :

4 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de versement libre, le cas échéant l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, ainsi que le Document d'Information Clé pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, société du Groupe SOGECAP ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, ainsi que de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement, étant entendu que l'exercice de ce droit peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE d'exécuter votre demande.

Ces droits peuvent être exercés auprès de ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex, ou en suivant les instructions sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fait en exemplaires à, le

Signature des co-souscripteurs

Nu-propriétaire

Usufruitier 1

Usufruitier 2, le cas échéant



SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725_01YSGB
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

DEMANDE DE VERSEMENT AU CONTRAT DÉMEMBRÉ UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Destinataire : NU PROPRIETAIRE

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Demande d'opérations présentée par :

Nom et code du conseiller :

Signature : | _____

A NOTER

- La partie 1 (Souscripteurs) doit être intégralement complétée pour toute demande de versement.

1 - SOUCRIPTEURS

CO-SOUCRIPTEUR - NU PROPRIÉTAIRE

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

CO-SOUCRIPTEUR - USUFRUITIER 1

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

M Mme **Nom**

Prénom **Nom de naissance**

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité **E-mail**

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) **Adresse principale (O/N)** **Adresse à l'étranger (O/N)**

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) pour toute demande de versement.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

Au sein de la Gestion Libre

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Au sein de la Gestion Assistée

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	.....EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	.....EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	.....EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	.....EUR

Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS ».

3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

A compléter pour toute demande de versement.

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Immédiat

Différé

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER

Nom du créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux

instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

Compte à débiter :

BIC | | | | | | | | | | | |

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.

Chèque n° tiré sur la banque
à l'ordre exclusif d'ORADEA VIE

Les fonds démembrés investis ont la même origine que ceux ayant servi lors de la souscription du contrat, à savoir :

4 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de versement libre, le cas échéant l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, ainsi que le Document d'Information Clé pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, société du Groupe SOGECAP ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, ainsi que de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement, étant entendu que l'exercice de ce droit peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE d'exécuter votre demande.

Ces droits peuvent être exercés auprès de ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex, ou en suivant les instructions sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fait en exemplaires à, le

Signature des co-souscripteurs

Nu-propriétaire

Usufruitier 1

Usufruitier 2, le cas échéant



SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725_01YSGB
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

DEMANDE DE VERSEMENT AU CONTRAT DÉMEMBRÉ UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Destinataire : USUFRUTIER 1

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Demande d'opérations présentée par : _____

Nom et code du conseiller : _____

Signature : 

A NOTER

• La partie 1 (Souscripteurs) doit être intégralement complétée pour toute demande de versement.

1 - SOUCRIPTEURS

CO-SOUCRIPTEUR - NU PROPRIÉTAIRE

M Mme Nom _____

Prénom _____ Nom de naissance _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance : Commune _____ Département ou Pays _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Téléphone portable _____

Nationalité _____ E-mail _____

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

CO-SOUCRIPTEUR - USUFRUITIER 1

M Mme Nom _____

Prénom _____ Nom de naissance _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance : Commune _____ Département ou Pays _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Téléphone portable _____

Nationalité _____ E-mail _____

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

M Mme **Nom**

Prénom **Nom de naissance**

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité **E-mail**

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) **Adresse principale (O/N)** **Adresse à l'étranger (O/N)**

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) pour toute demande de versement.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

Au sein de la Gestion Libre

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Au sein de la Gestion Assistée

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	.....EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	.....EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	.....EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	.....EUR

Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS ».

3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

A compléter pour toute demande de versement.

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Immédiat

Différé

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER

Nom du créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux

instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

Compte à débiter :

BIC | | | | | | | | | | | |

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.
Chèque n° tiré sur la banque

Les fonds démembrés investis ont la même origine que ceux ayant servi lors de la souscription du contrat, à savoir :

4 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de versement libre, le cas échéant l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, ainsi que le Document d'Information Clé pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, société du Groupe SOGECAP ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, ainsi que de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement, étant entendu que l'exercice de ce droit peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE d'exécuter votre demande.

Ces droits peuvent être exercés auprès de ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex, ou en suivant les instructions sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fait en exemplaires à, le

Signature des co-souscripteurs

Nu-propriétaire

Usufruitier 1

Usufruitier 2, le cas échéant



SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 EUR. Entreprise régie par le Code des assurances RCS NANTERRE 430 435 669 - N°ADEME : FR231725_01YSGB
Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets
92919 Paris La Défense Cedex

UNION NATIONALE D'ÉPARGNE ET DE PRÉVOYANCE - 12 rue Clapeyron - 75008 Paris
Tél. 01 53 64 80 60 - Fax. 01 53 64 80 61 - contact@unep.asso.fr.
UNEP Diffusion Courtage, intermédiaire en assurance.
SAS au capital de 100 000 EUR. RCS PARIS 353 356 439
N° ORIAS 07 005 716 - www.orias.fr. Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances.

DEMANDE DE VERSEMENT AU CONTRAT DÉMEMBRÉ UNEP CAPITALISATION

Contrat de capitalisation en euros et en unités de compte, présenté par UNEP Diffusion Courtage (Immatriculation à l'ORIAS n° 07 005 716) en sa qualité d'intermédiaire en assurance auprès d'ORADEA VIE.
Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Destinataire : USUFRUTIER 2

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

N° de contrat | _____

RÉSERVÉ A L'APPORTEUR

Demande d'opérations présentée par : _____

Nom et code du conseiller : _____

Signature : 

A NOTER

• La partie 1 (Souscripteurs) doit être intégralement complétée pour toute demande de versement.

1 - SOUCRIPTEURS

CO-SOUCRIPTEUR - NU PROPRIÉTAIRE

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

CO-SOUCRIPTEUR - USUFRUITIER 1

M Mme Nom

Prénom Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité E-mail

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) Adresse principale (O/N) Adresse à l'étranger (O/N)

M Mme **Nom**

Prénom **Nom de naissance**

Date de naissance

Lieu de naissance : Commune Département ou Pays

Adresse

Code postal Ville

Pays

Téléphone portable

Nationalité **E-mail**

Statut fiscal en France (R = résident, N = non-résident) **Adresse principale (O/N)** **Adresse à l'étranger (O/N)**

2 - DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE

Merci de compléter la Fiche d'Informations Complémentaires (FIC) et le Formulaire d'Auto-Certification de Résidence Fiscale (FATCA/CRS) pour toute demande de versement.

Je souhaite effectuer un versement libre d'un montant deEUR

Soit en lettres :

Dont frais sur versement : % (5% maximum)

Au sein de la Gestion Libre

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition par support :

Libellés des supports choisis*	Codes ISIN	Montant du versement libre (frais compris) Minimum 100 EUR par support
.....EUR

Si la répartition se fait sur plus de supports, le détail de la répartition est indiqué dans un document joint à la présente demande d'opération.

*Le montant affecté au support OPCI est, dans un premier temps, investi sur le support d'attente de référence d'investissement exprimé en unités de compte venant en représentation d'actifs monétaires.

Au sein de la Gestion Assistée

Veuillez indiquer ci-dessous la répartition :

RÉPARTITION DU VERSEMENT (frais compris)	
Délégation de gestion (minimum 25000 EUR)	.....EUR
SCPI (minimum 100 EUR)	.....EUR
Support Sécurité en euros (minimum 100 EUR)	.....EUR
TOTAL DES VERSEMENTS (frais compris)	.....EUR

Veuillez compléter la rubrique « MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS ».

3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES VERSEMENTS

A compléter pour toute demande de versement.

Prélèvement (joindre le RIB/BIC-IBAN)

Immédiat

Différé

Date de prélèvement du versement : (sous réserve de réception du dossier complet par ORADEA VIE au moins 10 jours avant cette date).

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER

Nom du créancier : ORADEA VIE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR79ZZZ460502

Le souscripteur autorise ORADEA VIE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte et sa banque à débiter son compte conformément aux

instructions d'ORADEA VIE. Il bénéficie du droit d'être remboursé par sa banque selon les conditions décrites dans la convention qu'il a passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de son compte pour un prélèvement autorisé.

L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du client débiteur et du créancier.

Les droits du souscripteur concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu'il peut obtenir auprès de sa banque.

Référence Unique de Mandat (RUM) : Référence indiquée dans le certificat de souscription.

Compte à débiter :

BIC | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Chèque bancaire ou postal (joindre le chèque à la présente demande) possible uniquement pour le versement libre.
Chèque n° tiré sur la banque

Les fonds démembrés investis ont la même origine que ceux ayant servi lors de la souscription du contrat, à savoir :

4 - INFORMATION / DÉCLARATION DU SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur déclare avoir reçu un exemplaire de la présente demande de versement libre, le cas échéant l'avenant/annexe concernant les supports ci-dessus choisis, ainsi que le Document d'Information Clé pour chaque OPC (Organismes de Placements Collectifs) choisi comme unités de compte, ou à défaut le document décrivant les caractéristiques principales des unités de compte choisies. Il certifie avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de votre demande et l'exécution de votre contrat avec ORADEA VIE, société du Groupe SOGECAP ainsi que pour répondre à ses obligations réglementaires ou administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles seront conservées pour la durée de la relation contractuelle ou commerciale et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Toutes les données sont obligatoires sauf mention particulière figurant dans la documentation.

Ces données ainsi que toute information relative à votre demande pourront, au regard des finalités mentionnées ci-dessus, être communiquées aux autorités compétentes de type autorités fiscales, aux personnes morales du Groupe SOGECAP et du groupe SOCIETE GENERALE ainsi qu'en cas de besoin, à ses sous-traitants et prestataires, dans les limites nécessaires à l'exécution des finalités. Les transferts de données à caractère personnel rendus nécessaires interviennent dans des conditions et sous des garanties propres à assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. Vous pouvez consulter la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/> pour obtenir plus d'informations sur la politique de protection des données du Groupe SOGECAP et sur les finalités de traitement de ces données.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, ainsi que de limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement, étant entendu que l'exercice de ce droit peut entraîner l'impossibilité pour ORADEA VIE d'exécuter votre demande.

Ces droits peuvent être exercés auprès de ORADEA VIE - Direction de la Conformité - Service Protection des données - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense Cedex, ou en suivant les instructions sur la page accessible à l'adresse <https://www.oradeavie.fr/fr/oradea-vie/donnees-personnelles/>. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fait en exemplaires à, le

Signature des co-souscripteurs

Nu-propriétaire

Usufruitier 1

Usufruitier 2, le cas échéant

