

# CONTRAT D'ASSURANCE VIE MULTISUPPORT AFER

Adhésion n° : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse électronique (courriel) : \_\_\_\_\_

En renseignant cette adresse j'accepte de recevoir, par ce moyen, les informations pouvant émaner de l'Association, du GIE AFER ou de mon conseiller.

## 0% DE FRAIS D'ARBITRAGE

pour tout arbitrage effectué vers les supports en Unités de Compte.

## OFFRE VALABLE JUSQU'AU 30 JUIN 2008

sous réserve de compléter le questionnaire "Votre Profil d'Épargnant".  
Rapprochez-vous de votre conseiller, il saura vous aider à choisir l'approche d'investissement correspondant au mieux à vos intérêts et à votre situation patrimoniale.

Document à utiliser uniquement pour les opérations d'arbitrage - Vous pouvez également télécharger ce document et effectuer cette opération\* par Internet sur notre site [www.afer.asso.fr](http://www.afer.asso.fr)

## DEMANDE D'ARBITRAGE

Par la présente, je demande qu'il soit procédé à l'opération suivante :

Par prélèvement depuis le FONDS GARANTI	Pour l'achat de parts
Pour un montant de _____ € (un minimum de 776 € doit rester sur le Fonds Garanté) ou pour _____ % du FONDS GARANTI	<input type="checkbox"/> DYNAFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ %
<b>Par la vente de parts</b>	<input type="checkbox"/> OPENSFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ %
<input type="checkbox"/> DYNAFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ parts de DYNAFER	<input type="checkbox"/> AFER-SFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ %
<input type="checkbox"/> OPENSFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ parts d'OPENSFER	<input type="checkbox"/> PLANISFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ %
<input type="checkbox"/> AFER-SFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ parts de AFER-SFER	<input type="checkbox"/> AFER-EUROSFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ %
<input type="checkbox"/> PLANISFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ parts de PLANISFER	
<input type="checkbox"/> AFER-EUROSFER Pour un montant de _____ € ou pour _____ parts d'AFER-EUROSFER	
	<b>Pour investir sur le FONDS GARANTI</b>
	Pour un montant de _____ €

\* Pour effectuer cette opération par Internet, vous devez être en possession d'un code d'accès strictement personnel et confidentiel (pour demander votre code confidentiel, composez [www.afer.asso.fr](http://www.afer.asso.fr), cliquez sur "Adhérent" puis sur "En ligne avec le GIE AFER". Vous le recevrez par courrier dans un délai de 3 jours).

## DEMANDE DE RÉÉQUILIBRAGE DES DIFFÉRENTS SUPPORTS D'INVESTISSEMENT

Je désire qu'à réception du présent document, l'épargne gérée sur mon contrat soit rééquilibrée de la façon suivante :

FONDS GARANTI	DYNAFER	OPENSFER	SFER	PLANISFER	EUROSFER	TOTAL
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	100 %

\* Un minimum de 776 € doit être maintenu dans le Fonds Garanté

Les valeurs des parts des Unités de Compte peuvent varier à la hausse comme à la baisse, seul le nombre de parts est garanti.

J'ai noté que la valeur liquidative retenue pour les investissements, dans les supports en Unités de Compte, sera celle du mercredi (ou du dernier jour de Bourse précédant si le mercredi n'est pas un jour de Bourse ouvert) dès lors que votre demande a été reçue au siège du GIE AFER - 74 rue Saint-Lazare - 75441 Paris Cedex 09 - au plus tard à 16 heures le jour ouvré précédant le jour de valorisation retenu.

Je reconnais avoir pris connaissance, préalablement à cette opération, des prospectus simplifiés AMF (disponibles sur le site Internet [www.afer.asso.fr](http://www.afer.asso.fr), auprès de mon conseiller et du GIE AFER)

Cachet du conseiller.

Le \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent



Groupement d'Intérêt Économique AFER, régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967 - 325 590 925 R.C.S.  
constitué entre les associations AFER et AFER Europe et les sociétés d'assurances AVIVA VIE et SEV  
74, rue Saint-Lazare - 75441 Paris Cedex 09 - Tél. : 01 40 82 24 24 - Fax : 01 42 85 09 18 - [www.afer.asso.fr](http://www.afer.asso.fr)