



DEMANDE D'ADHÉSION

Contrat collectif à adhésion facultative n°A-011, convention n°03-011

souscrit par APICIL UPESE Association auprès d'APICIL ASSURANCES.



**APICIL
PROformance**

VOTRE ADHÉSION

APICIL PROformance

Trois accueils à votre disposition :

Caluire : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Lyon Bellecour : 21 place Bellecour - 69002 Lyon

Lyon : 25 Cours Albert Thomas - 69003 Lyon (métro Sans Souci, ligne D)



APICIL ASSURANCES entreprise régie par le Code des Assurances - Société anonyme à directoire et à conseil de surveillance
Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - Capital 20 000 000 Euros
Tél. 04 72 27 71 71 - Fax 04 72 27 74 27
www.apicil.com



APICIL ASSURANCES entreprise régie par le Code des Assurances - Société anonyme à directoire et à conseil de surveillance
Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - Capital 20 000 000 Euros
Tél. 04 72 27 71 71 - Fax 04 72 27 74 27
www.apicil.com

DEMANDE D'ADHÉSION

APICIL PROformance



Le Contrat Retraite Madelin du Groupe APICIL

Partie à conserver

Code Action :

Code Apporteur				
3	1	0	4	6

ACTIFINANCES N°ORIAS : 07004158

L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille : Prénom(s) :

Né(e) le : Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

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

N° de tél : Courriel @ :

Profession exacte : Secteur d'activité :

Nom commercial ou Raison Sociale de l'Entreprise :

Régime social : Artisan Commerçant Professions libérales / Section de profession libérale

Statut social : Exploitant individuel Gérant majoritaire Conjoint collaborateur

Statut fiscal : BIC BNC

Pièce d'identité : Passeport Carte Nationale d'identité N°

LES VERSEMENTS

COTISATIONS PROGRAMMÉES

1. Je choisis parmi les 5 niveaux de cotisations, celui qui me convient; j'ai noté que cette option s'impose pour toute la durée de mon adhésion.

PRIMO <input type="checkbox"/> De 2 % à 20 % du PASS*	ECO <input type="checkbox"/> De 4 % à 40 % du PASS*	OPTI <input type="checkbox"/> De 8 % à 80 % du PASS*	SUPRA <input type="checkbox"/> De 12 % à 120 % du PASS*	TOP <input type="checkbox"/> De 16 % à 160 % du PASS*
---	---	--	---	---

2. Je choisis le montant de ma cotisation programmée annuelle : €, compris entre le minimum et le maximum du niveau choisi.

3. Je choisis la périodicité du fractionnement de ma cotisation programmée : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel
En cas de fractionnement mensuel, je verse deux mois de cotisations à l'adhésion.

Soit une cotisation programmée, à régler à l'adhésion, d'un montant de : [] €

Le paiement des cotisations programmées s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

J'ai bien noté que conformément à l'article 8-2 des conditions générales valant note d'information, la mise en place des cotisations programmées se fait à l'issue du délai de renonciation et que le premier prélèvement aura lieu le 10 du premier mois de la période civile suivant la date de mise en place.

VERSEMENT LIBRE COMPLÉMENTAIRE

J'use de la faculté qui m'est donnée d'effectuer un versement libre complémentaire de (minimum 500 €) : [] €

J'ai noté que le total de mon versement libre complémentaire et de ma cotisation programmée annuelle devait être compris dans la limite maximale du niveau de cotisation que j'ai choisi.

VERSEMENT LIBRE DE RECONSTITUTION DE CARRIERE

J'effectue un versement libre de reconstitution de carrière de (minimum 500 €) : [] €

Année de la première affiliation aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dans une profession indépendante non agricole :

Si l'adhérent avait déjà souscrit un contrat de retraite entrant dans le cadre de la Loi Madelin 94-126 du 11/02/1994 antérieurement à celui-ci, merci d'indiquer : - la date de souscription de ce contrat :

- le nombre d'années déjà reconstitué au titre du précédent contrat :

TOTAL DES VERSEMENTS : [] €

Montant des frais sur cotisations programmées et sur versements libres : 4,5 %.

Versement effectué par (tout versement en espèces est exclu) **Chèque bancaire** ci-joint n°
établi à l'ordre d'APICIL ASSURANCES et tiré sur le compte de l'Adhérent auprès de la Banque :

*Le PASS est le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Conformément à l'Article 8-2 figurant dans les conditions générales, les niveaux de cotisation sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année selon l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

ORIGINE DES SOMMES VERSÉES

Pour tout versement supérieur ou égal à 150 000 €, en application de la loi 90 - 614 du 12/07/90, sur la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux, je remplis la déclaration sur l'honneur de l'origine des fonds, accompagnée des justificatifs correspondants.

PROFIL SÉCURITÉ RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis sur le fonds APICIL Euro Garanti.

PROFIL HORIZON RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis conformément aux dispositions de l'article 11-1.2 des Conditions Générales.

PROFIL LIBERTÉ RETRAITE

Je choisis le profil LIBERTÉ RETRAITE et je demande expressément que mes versements soient répartis comme suit :

SUPPORTS

Fonds en euros

APICIL Euro Garanti%

Fonds diversifié profilé

Prudence : SH Multigestion Rendement%

Equilibre : Carmignac Profil Réactif 75%

Dynamique : R Dynamique%

Fonds actions

Carmignac Patrimoine%

Richelieu France%

Carmignac Investissement%

DWS Property C%

BNP Etheis%

Fonds obligataire

CA-AM Oblig. Europe%

TOTAL100.....%

Pour toute répartition ultérieure différente de la répartition initiale, merci de compléter le document prévu à cet effet disponible auprès de votre conseiller APICIL.

OPTIONS

SÉCURISATION DES PLUS-VALUES : dans le cadre du profil LIBERTÉ RETRAITE, et après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées à l'Article 12-3 des Conditions Générales valant note d'information.

Je souscris à l'option Sécurisation des Plus-Values: OUI NON

Je choisis l'option : 5 % 10 % 15 % 20 % 25 %

EXONÉRATION DES COTISATIONS : Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées aux articles de 9-1 à 9-8, je souscris à l'option exonération des cotisations et je remplis la déclaration de santé simplifiée ci-dessous. En fonction du montant des cotisations versées, APICIL ASSURANCES se réserve le droit de demander des éléments complémentaires. OUI NON

Je déclare sur l'honneur	NON	OUI
1 - Etre pris en charge à 100 % par la sécurité sociale		
2 - Etre en invalidité ou en arrêt de travail		
3 - Devoir être hospitalisé(e) ou devoir subir des examens de dépistage dans les 6 prochains mois		
4 - Avoir eu dans les cinq dernières années, des examens de dépistage ou d'investigation qui ont révélé une anomalie ou une maladie de longue durée		

GARANTIE PLANCHER

Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques ainsi que de son mode de tarification explicité à l'Article 14 des Conditions Générales valant note d'information,

je souscris à l'option Garantie Plancher : OUI NON

DEMANDE D'ADHÉSION

APICIL PROformance



Le Contrat Retraite Madelin du Groupe APICIL

Partie intermédiaire
Code Action :

Code Apporteur				
3	1	0	4	6

ACTIFINANCES N°ORIAS : 07004158

L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle
Nom : Nom de jeune fille : Prénom(s) :
Né(e) le : Lieu de naissance : Nationalité :
Adresse :
Code Postal : [][][][][] Ville :
N° de tél : Courriel @ :
Profession exacte : Secteur d'activité :
Nom commercial ou Raison Sociale de l'Entreprise :
Régime social : Artisan Commerçant Professions libérales / Section de profession libérale
Statut social : Exploitant individuel Gérant majoritaire Conjoint collaborateur
Statut fiscal : BIC BNC
Pièce d'identité : Passeport Carte Nationale d'identité N°

LES VERSEMENTS

COTISATIONS PROGRAMMÉES

1. Je choisis parmi les 5 niveaux de cotisations, celui qui me convient; j'ai noté que cette option s'impose pour toute la durée de mon adhésion.

PRIMO <input type="checkbox"/> De 2 % à 20 % du PASS*	ECO <input type="checkbox"/> De 4 % à 40 % du PASS*	OPTI <input type="checkbox"/> De 8 % à 80 % du PASS*	SUPRA <input type="checkbox"/> De 12 % à 120 % du PASS*	TOP <input type="checkbox"/> De 16 % à 160 % du PASS*
---	---	--	---	---

2. Je choisis le montant de ma cotisation programmée annuelle : €, compris entre le minimum et le maximum du niveau choisi.

3. Je choisis la périodicité du fractionnement de ma cotisation programmée : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel
En cas de fractionnement mensuel, je verse deux mois de cotisations à l'adhésion.

Soit une cotisation programmée, à régler à l'adhésion, d'un montant de : [] €

Le paiement des cotisations programmées s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

J'ai bien noté que conformément à l'article 8-2 des conditions générales valant note d'information, la mise en place des cotisations programmées se fait à l'issue du délai de renonciation et que le premier prélèvement aura lieu le 10 du premier mois de la période civile suivant la date de mise en place.

VERSEMENT LIBRE COMPLÉMENTAIRE

J'use de la faculté qui m'est donnée d'effectuer un versement libre complémentaire de (minimum 500 €) : [] €

J'ai noté que le total de mon versement libre complémentaire et de ma cotisation programmée annuelle devait être compris dans la limite maximale du niveau de cotisation que j'ai choisi.

VERSEMENT LIBRE DE RECONSTITUTION DE CARRIERE

J'effectue un versement libre de reconstitution de carrière de (minimum 500 €) : [] €

Année de la première affiliation aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dans une profession indépendante non agricole :

Si l'adhérent avait déjà souscrit un contrat de retraite entrant dans le cadre de la Loi Madelin 94-126 du 11/02/1994 antérieurement à celui-ci, merci d'indiquer : - la date de souscription de ce contrat :
- le nombre d'années déjà reconstitué au titre du précédent contrat :

TOTAL DES VERSEMENTS : [] €

Montant des frais sur cotisations programmées et sur versements libres : 4,5%.

Versement effectué par (tout versement en espèces est exclu) **Chèque bancaire** ci-joint n°
établi à l'ordre d'APICIL ASSURANCES et tiré sur le compte de l'Adhérent auprès de la Banque :

*Le PASS est le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Conformément à l'Article 8-2 figurant dans les conditions générales, les niveaux de cotisation sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année selon l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

ORIGINE DES SOMMES VERSÉES

Pour tout versement supérieur ou égal à 150 000 €, en application de la loi 90 - 614 du 12/07/90, sur la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux, je remplis la déclaration sur l'honneur de l'origine des fonds, accompagnée des justificatifs correspondants.

PROFIL SÉCURITÉ RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis sur le fonds APICIL Euro Garanti.

PROFIL HORIZON RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis conformément aux dispositions de l'article 11-1.2 des Conditions Générales.

PROFIL LIBERTÉ RETRAITE

Je choisis le profil LIBERTÉ RETRAITE et je demande expressément que mes versements soient répartis comme suit :

SUPPORTS

Fonds en euros

APICIL Euro Garanti%

Fonds diversifié profilé

Prudence : SH Multigestion Rendement%

Equilibre : Carmignac Profil Réactif 75%

Dynamique : R Dynamique%

Fonds actions

Carmignac Patrimoine%

Richelieu France%

Carmignac Investissement%

DWS Property C%

BNP Etheis%

Fonds obligataire

CA-AM Oblig. Europe%

TOTAL100.....%

Pour toute répartition ultérieure différente de la répartition initiale, merci de compléter le document prévu à cet effet disponible auprès de votre conseiller APICIL.

OPTIONS

SÉCURISATION DES PLUS-VALUES : dans le cadre du profil LIBERTÉ RETRAITE, et après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées à l'Article 12-3 des Conditions Générales valant note d'information.

Je souscris à l'option Sécurisation des Plus-Values: OUI NON

Je choisis l'option : 5 % 10 % 15 % 20 % 25 %

EXONÉRATION DES COTISATIONS : Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées aux articles de 9-1 à 9-8, je souscris à l'option exonération des cotisations et je remplis la déclaration de santé simplifiée ci-dessous. En fonction du montant des cotisations versées, APICIL ASSURANCES se réserve le droit de demander des éléments complémentaires. OUI NON

Je déclare sur l'honneur	NON	OUI
1 - Etre pris en charge à 100 % par la sécurité sociale		
2 - Etre en invalidité ou en arrêt de travail		
3 - Devoir être hospitalisé(e) ou devoir subir des examens de dépistage dans les 6 prochains mois		
4 - Avoir eu dans les cinq dernières années, des examens de dépistage ou d'investigation qui ont révélé une anomalie ou une maladie de longue durée		

GARANTIE PLANCHER

Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques ainsi que de son mode de tarification explicité à l'Article 14 des Conditions Générales valant note d'information,

je souscris à l'option Garantie Plancher : OUI NON

ADHÉSION APICIL UPESE ASSOCIATION

- Je demande mon adhésion à APICIL UPESE Association et je règle un droit d'entrée unique d'adhésion de 15 €.
 Je suis déjà adhérent à APICIL UPESE Association et exonéré des droits.

BÉNÉFICIAIRE(S)

En cas de décès de l'Assuré avant la liquidation de sa retraite :

- Le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
- Autres bénéficiaires :à défaut les héritiers de l'Assuré
- Selon les dispositions testamentaires déposées chez Maître.....
Notaire à..... à défaut les héritiers de l'Assuré
(Nous vous prions de rédiger cette clause de la façon la plus complète possible).

PIÈCES JOINTES

- Chèque du droit d'adhésion à l'ordre d'APICIL UPESE Association Chèque du versement initial à l'ordre d'APICIL ASSURANCES
 Autorisation de prélèvement RIB ou RIP Attestation de la Caisse d'Assurance Maladie et Vieillesse
 Extrait K-Bis Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport de l'Adhérent

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Lors de l'adhésion, l'Adhérent déclare sur l'honneur être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires dont il dépend et s'engage à produire une attestation délivrée par sa caisse d'assurance maladie et sa caisse d'assurance vieillesse justifiant qu'il est à jour des cotisations.

1) Si je n'en suis pas déjà membre, j'adhère à APICIL UPESE Association.

2) J'adhère au contrat collectif d'assurance-vie **APICIL PROformance** souscrit par APICIL UPESE Association auprès d'APICIL ASSURANCES.

3) **J'atteste avoir reçu et pris connaissance :**

- des statuts d'APICIL UPESE Association,
- des conditions générales valant notice d'information du contrat APICIL PROformance,
- l'annexe relative à la liste des supports en unités de comptes accessibles au contrat, et les prospectus simplifiés visés par l'Autorité des Marchés Financiers (AMF) des unités de compte choisies à l'adhésion disponibles auprès d'APICIL ASSURANCES et sur le site internet www.amf-france.org,
- de la note d'information fiscale,
- du double de la présente demande d'adhésion.

4) **Je déclare avoir été clairement informé(e) qu'en investissant sur des unités de compte, je prends à ma charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles que j'ai souscrites, les unités de compte étant sujettes à fluctuation à la hausse comme à la baisse, dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.**

5) Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL ASSURANCES, 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire. J'ai bien noté que ces informations sont destinées à APICIL ASSURANCES et sont nécessaires au traitement de mon dossier et que ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

6) **Par ma signature, je m'engage à ce que chaque versement n'ait pas une origine constituant une infraction à la Loi prévue aux articles L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.**

7) **J'ai bien noté que j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de réception des conditions particulières. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : APICIL ASSURANCES, 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE et CUIRE. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice.**

Par la signature de la présente demande d'adhésion, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

L'Adhérent. Fait à le

Signature précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé»

DEMANDE D'ADHÉSION

APICIL PROformance



Le Contrat Retraite Madelin du Groupe APICIL

Partie à retourner

Code Action :

Code Apporteur

3 | 1 | 0 | 4 | 6

ACTIFINANCES N°ORIAS : 07004158

L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille : Prénom(s) :

Né(e) le : Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

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

N° de tél : Courriel @ :

Profession exacte : Secteur d'activité :

Nom commercial ou Raison Sociale de l'Entreprise :

Régime social : Artisan Commerçant Professions libérales / Section de profession libérale

Statut social : Exploitant individuel Gérant majoritaire Conjoint collaborateur

Statut fiscal : BIC BNC

Pièce d'identité : Passeport Carte Nationale d'identité N°

LES VERSEMENTS

COTISATIONS PROGRAMMÉES

1. Je choisis parmi les 5 niveaux de cotisations, celui qui me convient; j'ai noté que cette option s'impose pour toute la durée de mon adhésion.

PRIMO <input type="checkbox"/> De 2 % à 20 % du PASS*	ECO <input type="checkbox"/> De 4 % à 40 % du PASS*	OPTI <input type="checkbox"/> De 8 % à 80 % du PASS*	SUPRA <input type="checkbox"/> De 12 % à 120 % du PASS*	TOP <input type="checkbox"/> De 16 % à 160 % du PASS*
---	---	--	---	---

2. Je choisis le montant de ma cotisation programmée annuelle : €, compris entre le minimum et le maximum du niveau choisi.

3. Je choisis la périodicité du fractionnement de ma cotisation programmée : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel
En cas de fractionnement mensuel, je verse deux mois de cotisations à l'adhésion.

Soit une cotisation programmée, à régler à l'adhésion, d'un montant de : €

Le paiement des cotisations programmées s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

J'ai bien noté que conformément à l'article 8-2 des conditions générales valant note d'information, la mise en place des cotisations programmées se fait à l'issue du délai de renonciation et que le premier prélèvement aura lieu le 10 du premier mois de la période civile suivant la date de mise en place.

VERSEMENT LIBRE COMPLÉMENTAIRE

J'use de la faculté qui m'est donnée d'effectuer un versement libre complémentaire de (minimum 500 €) : €

J'ai noté que le total de mon versement libre complémentaire et de ma cotisation programmée annuelle devait être compris dans la limite maximale du niveau de cotisation que j'ai choisi.

VERSEMENT LIBRE DE RECONSTITUTION DE CARRIERE

J'effectue un versement libre de reconstitution de carrière de (minimum 500 €) : €

Année de la première affiliation aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dans une profession indépendante non agricole :

Si l'adhérent avait déjà souscrit un contrat de retraite entrant dans le cadre de la Loi Madelin 94-126 du 11/02/1994 antérieurement à celui-ci, merci d'indiquer : - la date de souscription de ce contrat :

- le nombre d'années déjà reconstitué au titre du précédent contrat :

TOTAL DES VERSEMENTS : €

Montant des frais sur cotisations programmées et sur versements libres : 4,5%.

Versement effectué par (tout versement en espèces est exclu) **Chèque bancaire** ci-joint n°
établi à l'ordre d'APICIL ASSURANCES et tiré sur le compte de l'Adhérent auprès de la Banque :

*Le PASS est le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Conformément à l'Article 8-2 figurant dans les conditions générales, les niveaux de cotisation sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année selon l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

ORIGINE DES SOMMES VERSÉES

Pour tout versement supérieur ou égal à 150 000 €, en application de la loi 90 - 614 du 12/07/90, sur la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux, je remplis la déclaration sur l'honneur de l'origine des fonds, accompagnée des justificatifs correspondants.

PROFIL SÉCURITÉ RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis sur le fonds APICIL Euro Garanti.

PROFIL HORIZON RETRAITE

Je demande que mes versements soient intégralement investis conformément aux dispositions de l'article 11-1.2 des Conditions Générales.

PROFIL LIBERTÉ RETRAITE

Je choisis le profil LIBERTÉ RETRAITE et je demande expressément que mes versements soient répartis comme suit :

SUPPORTS

Fonds en euros

APICIL Euro Garanti%

Fonds diversifié profilé

Prudence : SH Multigestion Rendement%

Equilibre : Carmignac Profil Réactif 75%

Dynamique : R Dynamique%

Fonds actions

Carmignac Patrimoine%

Richelieu France%

Carmignac Investissement%

DWS Property C%

BNP Etheis%

Fonds obligataire

CA-AM Oblig. Europe%

TOTAL**100**.....%

Pour toute répartition ultérieure différente de la répartition initiale, merci de compléter le document prévu à cet effet disponible auprès de votre conseiller APICIL.

OPTIONS

SÉCURISATION DES PLUS-VALUES : dans le cadre du profil LIBERTÉ RETRAITE, et après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées à l'Article 12-3 des Conditions Générales valant note d'information.

Je souscris à l'option Sécurisation des Plus-Values: OUI NON

Je choisis l'option : 5 % 10 % 15 % 20 % 25 %

EXONÉRATION DES COTISATIONS : Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées aux articles de 9-1 à 9-8, je souscris à l'option exonération des cotisations et je remplis la déclaration de santé simplifiée ci-dessous. En fonction du montant des cotisations versées, APICIL ASSURANCES se réserve le droit de demander des éléments complémentaires. OUI NON

Je déclare sur l'honneur	NON	OUI
1 - Etre pris en charge à 100 % par la sécurité sociale		
2 - Etre en invalidité ou en arrêt de travail		
3 - Devoir être hospitalisé(e) ou devoir subir des examens de dépistage dans les 6 prochains mois		
4 - Avoir eu dans les cinq dernières années, des examens de dépistage ou d'investigation qui ont révélé une anomalie ou une maladie de longue durée		

GARANTIE PLANCHER

Après avoir pris connaissance de ses caractéristiques ainsi que de son mode de tarification explicité à l'Article 14 des Conditions Générales valant note d'information,

je souscris à l'option Garantie Plancher : OUI NON

ADHÉSION APICIL UPESE ASSOCIATION

- Je demande mon adhésion à APICIL UPESE Association et je règle un droit d'entrée unique d'adhésion de 15 €.
- Je suis déjà adhérent à APICIL UPESE Association et exonéré des droits.

BÉNÉFICIAIRE(S)

En cas de décès de l'Assuré avant la liquidation de sa retraite :

- Le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.
- Autres bénéficiaires : à défaut les héritiers de l'Assuré
- Selon les dispositions testamentaires déposées chez Maître.....
Notaire à..... à défaut les héritiers de l'Assuré
- (Nous vous prions de rédiger cette clause de la façon la plus complète possible).

PIÈCES JOINTES

- Chèque du droit d'adhésion à l'ordre d'APICIL UPESE Association Chèque du versement initial à l'ordre d'APICIL ASSURANCES
- Autorisation de prélèvement RIB ou RIP Attestation de la Caisse d'Assurance Maladie et Vieillesse
- Extrait K-Bis Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport de l'Adhérent

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Lors de l'adhésion, l'Adhérent déclare sur l'honneur être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires dont il dépend et s'engage à produire une attestation délivrée par sa caisse d'assurance maladie et sa caisse d'assurance vieillesse justifiant qu'il est à jour des cotisations.

1) Si je n'en suis pas déjà membre, j'adhère à APICIL UPESE Association.

2) J'adhère au contrat collectif d'assurance-vie **APICIL PROformance** souscrit par APICIL UPESE Association auprès d'APICIL ASSURANCES.

3) J'atteste avoir reçu et pris connaissance :

- des statuts d'APICIL UPESE Association,
- des conditions générales valant notice d'information du contrat APICIL PROformance,
- l'annexe relative à la liste des supports en unités de comptes accessibles au contrat, et les prospectus simplifiés visés par l'Autorité des Marchés Financiers (AMF) des unités de compte choisies à l'adhésion disponibles auprès d'APICIL ASSURANCES et sur le site internet www.amf-france.org,
- de la note d'information fiscale,
- du double de la présente demande d'adhésion.

4) Je déclare avoir été clairement informé(e) qu'en investissant sur des unités de compte, je prends à ma charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles que j'ai souscrites, les unités de compte étant sujettes à fluctuation à la hausse comme à la baisse, dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

5) Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL ASSURANCES, 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire. J'ai bien noté que ces informations sont destinées à APICIL ASSURANCES et sont nécessaires au traitement de mon dossier et que ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

6) Par ma signature, je m'engage à ce que chaque versement n'ait pas une origine constituant une infraction à la Loi prévue aux articles L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

7) J'ai bien noté que j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date de réception des conditions particulières. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : APICIL ASSURANCES, 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE et CUIRE. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice.

Par la signature de la présente demande d'adhésion, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

L'Adhérent. Fait à le

Signature précédée de la mention manuscrite «Lu et approuvé»