

VOTRE SOUSCRIPTION EN 3 ETAPES



Etape 1 : Toute souscription doit être réalisée après consultation :

- Des conditions générales
- Des annexes financières



Etape 2 : Renseigner le Bulletin de Souscription en indiquant les frais de souscription qui vous sont accordés.



Attention à la rédaction de la clause bénéficiaire, à l'allocation d'actifs, aux options de gestion et aux garanties de prévoyance.



Etape 3 : Envoyer votre Bulletin de souscription à :

**ACTIFINANCES
40 Rue de Paradis
75010 PARIS**

Accompagné de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso)
- Un chèque de votre versement à l'ordre d'APICIL ASSURANCES
- Un chèque de 15€ à l'ordre de ADERIA pour l'adhésion à l'Association
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile

Le cas échéant :

- L'autorisation de prélèvement

Une question, un renseignement ? Pour toutes informations ...

ACTIFINANCES est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h30 à 19h00 sur rendez-vous ou par téléphone au : 01.42.88.17.87

Nous accuserons réception de votre dossier par mail.

Demande d'adhésion

APICIL PERspectives Génération

Le Plan d'Épargne Retraite Populaire
du Groupe APICIL



Cachet de l'apporteur	
31046	ACTIFINANCES
N°ORIAS: 07004158	

Partie à conserver

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 : Nombre d'enfants à charge :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Partenaire lié(e) par un PACS Divorcé(e)

Profession exacte :

Régime social :

salarié secteur privé fonctionnaire artisan commerçant conjoint collaborateur de travailleur indépendant

Professions libérales / Section de profession libérale : sans profession

Statut fiscal : Traitement et salaires Pensions rentes et retraites BIC BNC

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

Nom et prénom du conjoint : Né(e) le :

Adhésion ADERIA Association (pour le développement de l'Épargne Retraite Individuelle APICIL)

Je demande mon adhésion à ADERIA et je règle un droit unique d'adhésion de 15 €

Je suis déjà adhérent à ADERIA et exonéré des droits

Date d'effet

Date d'effet : / / 2 0 0

Les versements

OPTION VERSEMENTS PROGRAMMÉS - Frais sur cotisations : 4,5 %

1. Je choisis la périodicité du fractionnement de mon versement programmé

Mensuel (minimum 50 €) Trimestriel (minimum 100 €) Semestriel (minimum 200 €) Annuel (minimum 400 €)

2. Je choisis le montant de mon versement programmé : €

La mise en place des versements programmés se fait à partir de la date d'effet. J'ai bien noté que conformément à l'article 6-2 des conditions générales, la mise en place des versements programmés se fera sous un délai d'un mois calendaire à compter de cette date et que le premier prélèvement aura lieu le 10 du premier du mois de la période civile suivant la date de mise en place.

Prélèvement automatique obligatoire : L'Adhérent doit joindre un RIB ou un RIP à son nom; il doit compléter et signer l'autorisation de prélèvement.

VERSEMENT LIBRE COMPLÉMENTAIRE - Frais sur versements : 4,5 %

J'effectue un versement libre en complément de mon plan de cotisation programmée : € (minimum 150 €)

■ VERSEMENT INITIAL

Versement programmé (minimum 2 mois pour le fractionnement mensuel)

+ Versement libre complémentaire

TOTAL

Versement effectué (tout versement en espèces est exclu) par Chèque bancaire ci-joint n°

établi à l'ordre d'APICIL ASSURANCES et tiré sur le compte de l'Adhérent auprès de la Banque :

.....

OPTION VERSEMENT LIBRE - Frais sur versements : 4,5 %

J'effectue un versement libre initial de : € (minimum 450 €)

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 :

Origine des sommes versées

A préciser obligatoirement pour toutes les sommes versées (versement initial et versements programmés) en application de la loi 90 -14 du 12/07/90, sur la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux pour tout versement supérieur ou égal à 150 000 € :

Gestion Sécurité Retraite

Je demande que mes versements soient intégralement investis sur le fonds APICIL EURO Privilège

Gestion Horizon Retraite

Je demande que mes versements soient intégralement investis conformément aux dispositions de l'article 8.1.2 des conditions générales.

Gestion Liberté Retraite

Je choisis le profil **LIBERTE RETRAITE** Je reproduis à la main et intégralement la mention suivante

"Conformément à la possibilité qui m'est donnée par l'article 50 du décret n°2004-342 relatif au Plan d'Epargne Retraite Populaire, j'accepte expressément que l'organisme d'assurance gestionnaire du plan n'applique pas, aux droits que je détiens au titre du PERP auquel j'ai adhéré, la règle de sécurisation progressive telle que le prévoit le dit article.

J'ai parfaitement conscience que ma demande peut avoir pour conséquence une diminution voire à l'extrême la suppression de la rente qui me sera versée lors de la liquidation de mes droits si l'évolution des marchés financiers d'ici là a été défavorable.

En conséquence, je renonce de façon irrévocable à mettre en cause pour défaut de conseil au titre de la présente acceptation, la responsabilité de l'organisme d'assurance gestionnaire du plan, du Groupement d'Epargne Retraite Populaire ou du comité de surveillance du plan."

Je demande expressément que mon versement initial net soit ventilé comme suit :

Supports	Le versement initial	Les versements programmés (*)
Fonds en euros		
<input type="checkbox"/> APICIL EURO Privilège%%
Fonds diversifié profilé		
<input type="checkbox"/> Prudence : SH Multigestion Rendement%%
<input type="checkbox"/> Equilibre : Carmignac Profil Réactif 75%%
<input type="checkbox"/> Dynamique : R Dynamique%%
Fonds actions		
<input type="checkbox"/> Richelieu France%%
<input type="checkbox"/> Carmignac Investissement%%
<input type="checkbox"/> BNP Etheis%%
Fonds obligataire		
<input type="checkbox"/> CA-AM Oblig. Europe%%
TOTAL100.....%100.....%

(*) à indiquer uniquement si la répartition est différente de celle choisie pour le versement initial. Dans ce cas, celle-ci fera l'objet de l'émission d'un avenant aux certificat d'adhésion.

Option Sécurisation des Plus-Values

Dans le cadre du profil LIBERTE RETRAITE, et après avoir pris connaissance de ses caractéristiques explicitées à l'Article 14 des Conditions Générales valant note d'information, je souscris à l'option Sécurisation des plus-values Oui, et Je choisis :

l'option 15 %

l'option 25 %

Frais : 0,60 % du montant transféré (minimum 15 € et maximum 300 €)

Bénéficiaire

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

Bénéficiaire désigné :

.....
.....
.....

A défaut le conjoint de l'Assuré.

Selon les dispositions testamentaires déposées chez

Maître.....

Notaire à.....

(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'ADERIA

Chèque du versement initial à l'ordre d'APICIL ASSURANCES

Autorisation de prélèvement

RIB ou RIP

Copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport de chaque Adhérent

Déclaration et Signature de l'Adhérent

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

2) J'adhère au contrat collectif d'assurance-vie **APICIL PERsPectives Génération** souscrit par ADERIA auprès d' APICIL ASSURANCES.

3) J'atteste avoir reçu et pris connaissance :

- des statuts et du règlement intérieur d'ADERIA

- de la note d'information du contrat APICIL PERsPectives Génération

- des conditions générales du contrat APICIL PERsPectives Génération

- des fiches signalétiques des supports en Unités de Compte sélectionnés par APICIL ASSURANCES pour le contrat APICIL PERsPectives Génération

- de la note d'information fiscale,

- du double de la présente demande d'adhésion,

- du code de déontologie.

4) J'ai bien noté que j'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans le délai de 30 jours suivant l'encaissement effectif du versement initial. J'exerce ce droit par envoi à APICIL ASSURANCES d'une lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle figurant à l'article 4 des conditions générales.

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

6) Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, 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. 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.

7) 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 et suivant du Code monétaire et financier.

Fait à le

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"



Demande de prélèvement (joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP))

Nom, prénoms et adresse du débiteur

.....
.....
.....

Désignation de l'organisme encaisseur

APICIL ASSURANCES
38 rue François Peissel - 69300 Caluire

code établissement code guichet Numéro de compte clé RIB

□□□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□ □□

Adhérent au contrat APICIL PERsPectives Génération souscrit par ADERIA auprès d'APICIL ASSURANCES et ayant choisi l'option versements programmés, je vous prie de bien vouloir, sauf indication contraire de ma part vous parvenant en temps utile, faire prélever en faveur d'APICIL ASSURANCES le montant des prélèvements programmés prévus dans ma demande d'adhésion et repris dans les conditions particulières de mon contrat d'adhésion, auprès de :

Etablissement bancaire ou postal teneur du compte

Etablissement

Adresse

.....

.....

En cas de changement de domiciliation bancaire, veuillez nous indiquer le numéro de votre contrat d'adhésion :

.....

Fait à

Le

Signature

J'ai bien noté que conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent et que je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL ASSURANCES - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire. Ces informations sont destinées à APICIL ASSURANCES et sont nécessaires au traitement de mon dossier. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature de ce document, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

IMPORTANT : Merci de retourner les deux parties de ce document sans les séparer et d'y joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou relevé d'identité postal (RIP)

Autorisation de prélèvement (joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP))

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° national d'émetteur

471254

Nom, prénoms et adresse du débiteur

.....
.....
.....

Nom et adresse du CRÉANCIER

APICIL ASSURANCES - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

.....

.....

.....

.....

code établissement code guichet Numéro de compte clé RIB

□□□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□ □□

Date : □□ □□ 20□□ Signature :

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 - RCS Lyon 440 839 942
Capital 20 000 000 Euros