

**SPECIMEN
MODE
D'EMPLOI**

Adhésion APRIL RETRAITE MADELIN

Réservé à APRIL Patrimoine
Réf CG RM 02-06/04

ASSURÉ (Joindre une copie d'une pièce officielle d'identité)
 Prénoms : _____ Mlle Nom : _____ Date de naissance : _____
 Département de naissance : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Profession : _____ Téléphone : _____ Age prévisionnel de départ à la retraite : _____ ans

**Renseigner
obligatoirement toutes
les données relatives à
l'assuré**

CLASSE DE COTISATION ET CARACTÉRISTIQUES DE MA COTISATION ANNUELLE (A)

Je détermine ma classe de cotisation :

Classe 1 : de 3% à 30% du PASS
 Classe 2 : de 6% à 60% du PASS
 Classe 3 : de 9% à 90% du PASS
 Classe 4 : de 13% à 130% du PASS
 Classe 5 : de 16% à 160% du PASS

PASS = Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

Afin d'optimiser votre possibilité de versements annuels, choisissez votre classe de la manière suivante :
 classe 1 : de 75 à 149 /mois
 classe 2 : de 150 à 220 /mois
 classe 3 : de 230 à 320 /mois
 classe 4 : de 330 à 400 /mois
 classe 5 : > 400 /mois

Je précise le montant de ma cotisation annuelle : _____ €

Je souhaite fractionner ma cotisation par (A) :

Mois pour un montant de _____ €
 Trimestre pour un montant de _____ €
 Semestre pour un montant de _____ €
 Année pour un montant de _____ €

et je la répartis entre les différents supports :

Montant minimum par support : 50 €

Profil LIBERTÉ (gestion libre) :

Fonds Euro Horizon _____ €
 FCP Clic Action Dynamique _____ €
 FCP Clic Action Equilibre _____ €
 Fonds St Honoré Investissements _____ €

Profil EXAPRIME (gestion déléguée) :

Fonds EXAPRIME _____ € Durée _____ ans

Quelle que soit la périodicité choisie, le prélèvement se fera le 10 du mois

VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE A L'ADHÉSION (B)

J'indique le montant de mon versement (B) : _____ €

et je la répartis entre les différents supports :

Profil LIBERTÉ (gestion libre) :

Fonds Euro Horizon _____ €
 FCP Clic Action Dynamique _____ €
 FCP Clic Action Equilibre _____ €
 Fonds St Honoré Investissements _____ €

Profil EXAPRIME (gestion déléguée) :

Fonds EXAPRIME _____ €

JE RÉGLE DES AUJOURD'HUI

Ma première cotisation périodique (pour un fractionnement mensuel, je règle 2 mensualités) _____ € (A)
 Mon premier versement complémentaire _____ € (B)
 Droit d'adhésion (ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Patrimoine) _____ € (C)
 Dans ce cas, indiquez votre numéro de contrat _____

TOTAL - ce montant est à régler par chèque établi à l'ordre d'APRIL Patrimoine, _____ € (A+B+C)
 à l'exclusion de tout autre moyen de paiement

Mon versement est supérieur à 150 000 €. Dans le cadre de la loi n°90-614 du 12/07/90, je précise l'origine de mes fonds : _____

GARANTIE EXONÉRATION DES COÛTS

oui ou non
 Si oui, je retourne le questionnaire de santé joint.

**Voir coût de ces
garanties aux
conditions générales**

BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mon conjoint survivant, à défaut mes enfants, nés ou à naître, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.
 Autre(s) Bénéficiaire(s) : _____

**Reportez vous à la
clause bénéficiaire du
chapitre assurance
vie**

La présente demande d'adhésion ne constitue pas le certificat de souscription qui devra être émis. L'adhérent déclare avoir reçu un double de la présente demande. Il déclare avoir pris connaissance des statuts de l'APRIL Patrimoine et a accepté les Conditions Générales valant note d'information référencées RM 01-08/02 attachées à la présente demande d'adhésion. L'adhérent déclare avoir pris connaissance des notices d'informations relatives aux fonds Euro Horizon, fonds St Honoré Investissements et du fonds Exapprime. Il déclare avoir été clairement informé qu'en investissant dans des unités de compte il prenait à sa charge le risque de variation des cours.

CLAUSE CNIL

Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en écrivant à APRIL Patrimoine, 27 rue Maurice Flandin BP-3063-69395 LYON CEDEX 03. Tél. 04 72 36 75 12. Ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature de ce document, vous acceptez expressément que les données vous concernant leurs soient ainsi transmises.

N° du collaborateur : _____
 N° du correspondant : A _____
 Fait à _____ Le _____

Signature de l'Adhérent/Assuré précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

Cachet du correspondant

**SELF EPARGNE RETRAITE
Code 78207**

**Ne pas oublier de dater
et signer, précédé de la
mention « lu et
approuvé »**