

Demande d'adhésion APRIL RETRAITE MADELIN

Réservé à APRIL Patrimoine

Réf CG RM 02-06/04

ADHÉRENT/ASSURÉ (Joindre une copie d'une pièce officielle d'identité)

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance _____
Lieu et département de naissance : _____ Adresse : _____
Code postal _____ Ville _____
Profession : _____ Téléphone : _____ Age prévisionnel de départ à la retraite : _____ ans

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

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 le 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 RÈGLE DÈS 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 + 20,00 € (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 COTISATIONS

oui ou non

Si oui, je retourne le questionnaire de santé joint.

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

Mon conjoint survivant, à défaut mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.

Autre(s) Bénéficiaire(s) :

La présente demande d'adhésion ne constitue pas le certificat d'adhésion. Elle indique tous les éléments du certificat qui devra être émis. L'adhérent déclare avoir reçu un double de la présente demande. Il déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés. Il reconnaît avoir reçu, pris connaissance et accepté les Conditions Générales valant note d'information référencées RM 01-08/02 attachées à la présente demande d'adhésion du contrat APRIL RETRAITE MADELIN et notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation.

L'adhérent déclare avoir pris connaissance des notices d'information des FCP Clic Action Dynamique et Equilibre, fonds St Honoré Investissements et du fonds Exapprime. Il déclare avoir été clairement informé qu'en investissant dans des unités de compte il prendrait à sa charge le risque lié à la variation des cours.

CLAUDE 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