

CONTRAT D'ASSURANCE-VIE LIBELLÉ EN EUROS ET/OU EN UNITÉS DE COMPTE  
BULLETIN D'ADHÉSION

N° Produit : 2079

**1 - ADHÉRENT/ASSURÉ** (JOINDRE UNE COPIE DE LA PIÈCE OFFICIELLE D'IDENTITÉ)

M.  Mme  Mlle  E-mail : \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
Date d'inscription au Registre du Commerce ou des Métiers \_\_\_\_\_

**2 - CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION**

- Age du départ à la retraite : \_\_\_\_\_ ans
- Montant de la cotisation mensuelle (2) : \_\_\_\_\_ € (minimum 150 €, maximum 1 500 €)
- J'effectue un versement complémentaire \_\_\_\_\_ €  
pour obtenir le «plein fiscal» (3) (complément de l'engagement annuel pour l'année d'adhésion)
- J'effectue un versement complémentaire \_\_\_\_\_ €  
au titre du rachat d'années antérieures et fournis une attestation  
indiquant l'année d'affiliation aux régimes de retraite obligatoire (4)
- J'effectue un versement complémentaire \_\_\_\_\_ €  
distinct des deux versements précédents (5)
- Montant total du versement initial \_\_\_\_\_ € (1 + 2 + 3 + 4 + 5)
- Dans le cadre de la loi n°90-614 du 12 juillet 1990, pour tout versement supérieur à 150 000 euros, merci de préciser l'origine des fonds : \_\_\_\_\_

J'opte pour l'un des profils de gestion suivant (les profils sont exclusifs les uns des autres) :

- Profil Evolutif       Profil Equilibre       Profil Audace       Profil Dynamique  
 Profil Liberté

Je choisis de ventiler mes versements de la façon suivante :

	cotisation mensuelle	versement complémentaire de «plein fiscal»	versement au titre de rachats d'années antérieures
<input type="checkbox"/> Fonds Euro Epargne	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Fidelity Sélection Internationale	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Fidelity Sélection Europe	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Equilibre Monde	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Europe Dynamique	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Invesco Actions Françaises	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Invesco Active Management Classic	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Generali Trésorerie	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> GF Europe	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Elan Multi Sélection Dynamique	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> JPMF Valeurs	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Tricolore Rendement	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Elan Multi Sélection Réactif	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Sicav Axa Aedificandi (C)	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Carmignac Investissement 1/100	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> SICAV Carmignac Patrimoine 1/100	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Centifolia (C)	_____ €	_____ €	_____ €

Signatures précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé"

L'ADHÉRENT/ASSURÉ

L'ASSUREUR

Inspecteur :

Conseiller :  
**SELFEPARGNE RETRAITE**

Code n° : **4154S**

Observations réservées au Conseiller :

## 2 - CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION (SUITE)

	<u>cotisation mensuelle</u>	<u>versement complémentaire de «plein fiscal»</u>	<u>versements au titre de rachats d'années antérieures</u>
<input type="checkbox"/> FCP DNCA Evolutif	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Echiquier Agenor	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Echiquier Quatuor	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> Compartiment de SICAV Invesco GT Capital Shield	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Kapital Multi Reactif	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Odyssée	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP O'Top Gestion	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Richelieu Evolution	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Richelieu Spécial	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> SICAV Fidelity European Growth Fund	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> SICAV St Honoré Convertibles	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Tocqueville Dividende (C)	_____ €	_____ €	_____ €
<input type="checkbox"/> FCP Ulysse (C)	_____ €	_____ €	_____ €

## 3 - GARANTIES DE PRÉVOYANCE (options)

J'opte pour la ou les garanties de prévoyance ci-dessous. Dans ce cas je remplis le formulaire de déclaration de risque joint :

Garantie «Rente immédiate en cas de décès»

Garantie «Exonération des cotisations»

J'ai bien pris connaissance des caractéristiques de la garantie que j'ai souscrite, ainsi que son mode de tarification, définies dans l'annexe 2 des Conditions Générales valant note d'information. J'ai bien rempli le formulaire de déclaration du risque en page jointe du présent bulletin d'adhésion.

## 4 - BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

Le conjoint de l'Adhérent/Assuré

Autre(s) Bénéficiaire(s) \_\_\_\_\_

## 5 - PIÈCES

- Copie de la pièce officielle d'identité
- Autorisation et Demande de prélèvement
- RIB / RIP ou RICE
- Copie de la carte de Sécurité Sociale de l'adhérent en cours de validité
- Attestation de la caisse de retraite de l'adhérent stipulant qu'il est à jour de ses cotisations pour l'année en cours
- Formulaire de déclaration de risque (si option de prévoyance)
- Attestation indiquant l'année d'affiliation aux régimes obligatoires (si rachat d'années antérieures)

## 6 - SIGNATURES

L'Assuré déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales valant note d'information du contrat "Xaélidia Retraite Individuelle" figurant dans le dossier de souscription qui lui a été remis avec le double du présent bulletin d'adhésion, et notamment des conditions d'exercice du droit de renonciation.

L'Assuré déclare avoir reçu et pris connaissance des fiches d'information financière des OPCVM sélectionnés dans le présent bulletin d'adhésion et de leurs principales caractéristiques.

L'Assuré déclare avoir été clairement informé qu'en investissant sur des unités de compte, il prenait à sa charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles qu'il a souscrites. Il déclare avoir pris connaissance de l'étendue des garanties de prévoyance et de leur coût.

Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui le concernent. Il peut exercer ce droit en s'adressant à La Fédération Continentale 11 bd Haussmann 75311 Paris Cedex 09 Tél : 01 58 38 81 00.

Ces informations sont destinées à La Fédération Continentale et sont nécessaires au traitement du dossier.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat, notamment au conseiller. Par la signature de ce document, l'Assuré accepte expressément que les données le concernant leur soient ainsi transmises.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signatures précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé"

L'ADHÉRENT/ASSURÉ

L'ASSUREUR