

**Document à retourner à :**  
 APICIL Epargne  
 Service Gestion  
 51 rue de Londres  
 CS 40170  
 75 380 Paris Cedex 8

Conseiller : .....  
 Code / sous-code : .....

## BULLETIN DE VERSEMENTS

### Contrats d'assurance vie ou de capitalisation / Plan d'épargne retraite individuel (PERin)

**Nom du contrat :** ..... **N° :** .....

**PERSONNE PHYSIQUE : SOUSCRIPTEUR(S)/ADHERENT(S)/TITULAIRE**

Mme  M Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Né(e) le : ..... à : .....  
 Mme  M Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : ..... Né(e) le : ..... à : .....

**PERSONNE MORALE : SOUSCRIPTEUR**

Dénomination sociale : .....  
 Représentée par  Mme  M Nom : ..... Prénom : .....  
 En qualité de : .....

**Le dernier Document Connaissance Client a été transmis à APICIL il y a moins de 12 mois** et la situation du(des) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire, ou du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) le cas échéant, n'a pas changé depuis.

→ **Dans le cas contraire, compléter et joindre un Document Connaissance Client** (un par Souscripteur/ Adhérent/ Titulaire)

Si le payeur est différent du (des) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire :  
 Nom et prénom du payeur : ..... Lien avec le Souscripteur/ Adhérent/Titulaire : .....  
 ⇒ Pièces à joindre : copie de la pièce d'identité du payeur - justificatif du lien de parenté - justificatif de don/donation ou autre

**ORIGINE DES FONDS**

Conformément à l'arrêté du 2 septembre 2009 pris en application de l'article R. 561-12 du code monétaire et financier et définissant des éléments d'information liés à la connaissance du client et de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, « [...] les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pendant toute la durée de la relation d'affaires aux fins d'évaluation des risques de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme peuvent être : 1° Au titre de la connaissance de la relation d'affaires :

- le montant et la nature des opérations envisagées
- **la provenance des fonds ;**
- la justification économique déclarée par le client [...]. »

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT DÈS LE 1 <sup>ER</sup> EURO		
Déclaration de provenance des fonds investis :	Versement libre (montants en €)	Versements programmés (en €)
Transfert provenant d'autres placements (livrets, assurance-vie, comptes-titres...)		
Vente immobilière (maison, terrain...)		
Succession ou donation		
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes, indemnités...)		
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société, commerce...)		
Vente de biens mobiliers (œuvres d'art, véhicules...)		
Autre : .....		
<b>TOTAL</b>	.....€	.....€

**APICIL s'autorise à demander tout justificatif jugé utile à la vérification de l'origine et de la traçabilité des fonds.**

**VERSEMENT LIBRE**

MONTANT : ..... €, dont ..... % de frais inclus soit ..... € net de frais.

**NB : en cas d'avance sur le contrat (hors PERin), le versement libre est affecté automatiquement au remboursement de l'avance.**

Virement depuis le compte n° ..... ouvert dans l'établissement suivant : .....  
 (Joindre l'avis de virement ou un relevé bancaire faisant apparaître le virement)

- Compte APICIL Epargne\* : IBAN : FR76 3005 6001 7001 7000 0293 422 BIC : CCFRFRPP
- Compte APICIL Epargne Retraite\* : IBAN : FR76 1009 6181 0000 0837 1590 208 BIC : CMCIFRPP
- Compte APICIL Life\* : IBAN : FR76 3000 3036 2000 0203 0611 258 BIC : SOGEFRPP

Réemploi des fonds du **contrat APICIL** d'origine n° .....  
 Total  
 Partiel pour un montant de .....€ ou pour .....%

Chèque à l'ordre d'APICIL Epargne\* ou APICIL Life\* ou APICIL Epargne Retraite\* n° .....

\* selon l'organisme assureur du contrat en référence

➤ Compléter la rubrique « Répartition des versements » ci-après.

DANS LE CADRE DU PERIN : à renseigner obligatoirement

Traitement fiscal :

- Chaque versement (hors transfert) est déductible fiscalement dans les conditions et limites prévues par la loi. Toutefois, le titulaire a la possibilité de renoncer à la déductibilité.

Je renonce à la déductibilité fiscale de mon versement libre :  Non  Oui

- Si Titulaire TNS : indiquer à quel titre est effectué le versement :

A titre personnel (article 163 quater viciés du CGI - ex Perp)

A titre professionnel (article 154 bis du CGI - ex Madelin / article 154 bis OA - ex Madelin agricole)

➔ joindre un K-Bis < 3 mois et un RIB du compte professionnel

En cas de pluralité de compartiments : compartiment concerné par le versement (1 seul choix possible) :

C1 - Versements libres déductibles  C2 - Epargne salariale

C1bis - Versements libres non déductibles  C3 - Versements obligatoires entreprise

**VERSEMENTS PROGRAMMES**

Arrêt des versements programmés en cours

Mise en place de versements programmés

Montant : ..... euros, dont ..... % de frais inclus à compter du 10 /..... /.....

Périodicité :  mois  trimestre  semestre  année (respecter les minima prévus au contrat)

➤ Compléter la rubrique « Répartition des versements » ci-après.

➤ Compléter le mandat de prélèvement SEPA en fin de formulaire et joindre un RIB.

DANS LE CADRE DU PERIN : : à renseigner obligatoirement

Traitement fiscal :

- Les versements programmés sont déductibles fiscalement dans les conditions et limites prévues par la loi. Toutefois, le titulaire a la possibilité à tout moment, de renoncer à la déductibilité.

Je renonce à la déductibilité fiscale de mes versements programmés :  Non  Oui

- Si Titulaire TNS : indiquer à quel titre sont effectués les versements programmés :

A titre personnel (article 163 quater viciés du CGI - ex Perp)

A titre professionnel (article 154 bis du CGI - ex Madelin / article 154 bis OA - ex Madelin agricole)

➔ joindre un K-Bis < 3 mois et un RIB du compte professionnel

**L'attention du Titulaire est attirée sur le fait qu'il assume l'entière responsabilité de l'affectation fiscale de la somme de ses versements programmés.**

En cas de pluralité de compartiments : compartiment concerné par les versements programmés (1 seul choix possible) :

C1 - Versements libres déductibles  C2 - Epargne salariale

C1bis - Versements libres non déductibles  C3 - Versements obligatoires entreprise

Modification des versements programmés (annule et remplace les conditions en cours)

Nouveau montant : ..... euros, dont ..... % de frais inclus à compter du 10 /..... /.....

Nouvelle périodicité :  mois  trimestre  semestre  année (respecter les minima prévus au contrat)

Nouvelle répartition ➤ Compléter la rubrique « Répartition des versements » ci-après

**REPARTITION DES VERSEMENTS**

Selon la répartition du capital constitué sur le contrat

➔ **Obligatoire dans le cadre d'une gestion prévoyant une allocation prédéterminée des versements** (Exemples : Gestion pilotée, Gestion horizon retraite...)

Sur les supports sélectionnés ci-après :

NB : Pour tout investissement la quote-part investie sur le(s) support(s) en euros ne peut pas dépasser le pourcentage maximum autorisé fixé par l'Assureur et communiqué au Souscripteur/adhérent/titulaire avant chaque investissement.

**RAPPEL**

➤ Les supports d'investissement doivent être référencés par APICIL et éligibles au mode de gestion choisi. Ils figurent en annexe des conditions générales valant notice d'information, de la proposition d'assurance ou du projet de contrat valant note d'informations

**Vérifiez au préalable si certains supports (fonds euros, SCPI, produits structurés...) sont soumis à des limites d'investissement ou nécessitent la signature d'un avenant.**

SUPPORTS A INVESTIR Respecter le montant minimum par support	CODE ISIN Renseigner obligatoirement si le support en dispose	REPARTITION en %	
		Versement libre	Versements programmés
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
<b>TOTAL</b>		<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

**OBSERVATIONS** (indiquer ici les éventuelles conditions spécifiques relatives à cette opération)

.....

**DECLARATIONS ET SIGNATURES**

**Le(s) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire accepte(nt) :**

- Que les documents d'informations spécifiques lui soient remis sur tout support durable ou qu'ils lui soient mis à disposition sur le site internet <http://mesdocumentsprecontractuels.apicil.com/apicil> ;
- Que les documents d'informations présentant les caractéristiques principales de chacun des supports en unités de compte retenus (document d'informations clés) lui soient mis à disposition sur le site internet <http://mesdocumentsprecontractuels.apicil.com/apicil>.

**Le(s) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire atteste(nt) :**

- Avoir connaissance des frais et modalités de fonctionnement des opérations initiées dans le présent bulletin, conformément aux Conditions Générales valant Note/Notice d'information, à la proposition d'assurance, au projet de contrat du contrat en référence ;
- Avoir été informé par APICIL des risques liés à un investissement sur des supports en unités de compte ;
- Avoir reçu et pris connaissance de l'information précontractuelle relative aux unités de compte disponibles au contrat ;
- Avoir reçu et pris connaissance suffisamment tôt des documents d'informations spécifiques ;
- Avoir reçu pris connaissance suffisamment tôt du document présentant les caractéristiques principales de chacune des unités de compte retenue, disponibles sur le site <http://mesdocumentsprecontractuels.apicil.com/apicil> et/ou sur les sites des Sociétés de Gestion ;

**Le(s) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire certifie(nt) sur l'honneur :**

- Que les éléments figurant sur la « Déclaration d'origine des fonds » sont exacts et conformes à la réalité ;
- Que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce Contrat n'ont pas d'origine délictueuse.

**Le(s) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire prend(nent) acte que l'organisme Assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur. La valeur des unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.**

Fait le à ..... le ...../...../..... en 3 exemplaires

Signature(s) du(des) Souscripteur(s)/Adhérent(s)/Titulaire précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Le conseiller (cachet et signature)

Je reconnais avoir satisfait à mes obligations d'information et de conseil

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par APICIL pour la gestion du contrat. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées. Les données sont conservées pour une durée de 30 ans à compter de l'échéance de votre contrat, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à [dpo@apicil.com](mailto:dpo@apicil.com) ou à l'adresse : Groupe APICIL, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Plus de détails sur <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>.

Si votre contrat est assuré par APICIL Life et si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente.

07-2023 ER23/FCR0232

# Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez APICIL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de APICIL. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Nom et adresse du créancier :

APICIL Epargne : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE-ET-CUIRE - Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR96ZZZ471254

APICIL Epargne Retraite : 38 rue François Peissel, 69300 CALUIRE-ET-CUIRE - ICS : FR64ZZZ161721

APICIL Life : 51 rue de Londres, CS 40170, 75380 PARIS CEDEX 08 - ICS : LU29ZZZ00000000000000000585

Type de paiement :  récurrent / répétitif     ponctuel

<p>Titulaire du compte à débiter</p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Code postal : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>Pays : .....</p>	<p>Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number) :</p> <p>.....</p> <p>Code international d'identification de votre banque BIC (Bank Identifier code) :</p> <p>.....</p>
--	--

À : ..... le ..... / ..... / .....

Signature :

**La RUM (Référence unique de mandat) vous sera communiquée ultérieurement à l'émission du prélèvement SEPA.**

Les informations recueillies dans le présent mandat sont nécessaires à APICIL en tant que responsable de traitement pour permettre la réalisation d'opérations bancaires. La base légale du traitement est l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Ces données doivent obligatoirement être fournies pour permettre le traitement du dossier du contractant. Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées. Les données sont conservées pendant une durée de trente (30) ans, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données en écrivant à [dpo@apicil.com](mailto:dpo@apicil.com) ou à l'adresse : Groupe APICIL - Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Plus de détails sur <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Si votre contrat est assuré par APICIL Life et si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente.

07-2023 ER23/FCR0232