

Si vous souhaitez alimenter régulièrement votre adhésion FAR nous vous remercions de compléter et de signer le document ci-dessous et de nous retourner ce formulaire accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

Si un prélèvement ne pouvait être effectivement encaissé à l'échéance prévue, la responsabilité de l'association ne pourrait en aucun cas être recherchée.

Nom* _____

Prénom* _____

souhaite effectuer un prélèvement automatique sur mon FAR n° _____.

***Dans le cadre de l'article 10 de la loi 2013-1279 du 29 décembre 2013, ces informations sont obligatoires.**

Situation financière

Estimation du patrimoine (hors immobilier)

≤ 10 000 € 10 001 € à 50 000 € 50 001 € à 100 000 € 100 001 € à 500 000 € > 500 000 €

Tranche de revenus mensuels nets (ou bénéfice net)

≤ 1 500 € 1 501 € à 2 500 € 2 501 € à 5 000 € 5 001 € à 10 000 € > 10 000 €

Origine des fonds

Epargne sur les revenus annuels Vente de parts sociales ou d'outils de travail Vente d'un bien immobilier
 Héritage Vente de valeurs mobilières Donation Transfert
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou capitalisation Autre (préciser impérativement) _____

Objectif

Constitution d'un complément de retraite personnelle

Age de départ à la retraite (A compléter uniquement en cas de premier investissement sur le FONDS Agipi Euro Croissance)

Je prévois de partir à la retraite à l'âge de _____ ans (maximum 75 ans)

Pour investir sur le FONDS Agipi Euro Croissance, la conversion en rente viagère doit intervenir dans 10 ans ou plus.

En cas d'omission, l'âge de départ à la retraite sera fixé à 62 ans.

Prélèvement automatique

Fréquence et montant des prélèvements réguliers

Je choisis d'être prélevé le 5 ou le 20 de chaque mois à compter du mois de _____ (mois) / _____ (année)

Prélèvement mensuel

Montant du prélèvement mensuel _____ €

Echancier personnalisé

janvier _____ € février _____ € mars _____ € avril _____ €
 mai _____ € juin _____ € juillet _____ € août _____ €
 septembre _____ € octobre _____ € novembre _____ € décembre _____ €

Remarques : Sans précision du choix de la date de prélèvement, celui-ci aura lieu le 20 du mois.

La demande de mise en place ou de suspension des prélèvements doit parvenir à ADIS avant le 5 pour le prélèvement du 20 du mois en cours, ou avant le 20 pour le prélèvement du 5 du mois suivant.

Choix de répartition de mon compte de retraite

Je suis bénéficiaire d'une convention de gestion ou de la gestion pilotée, mes versements seront répartis automatiquement selon la convention de gestion ou la gestion pilotée choisie.

Je suis en gestion libre et je demande que ces versements soient répartis de la façon suivante : *(Le total doit être égal à 100%)*

A défaut de précision sur ce point, la répartition sera effectuée au prorata de l'épargne gérée sur chacun des supports.

| FONDS | | Unités de compte | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | | Supports obligataires | Supports diversifiés | Supports actions |
| FONDS Agipi _____ % | | Agipi Obligations Inflation _____ % | Agipi Ambition _____ % | Agipi Actions Emergents _____ % |
| FONDS Agipi Euro Croissance ⁽¹⁾ _____ % | | Agipi Obligations Monde _____ % | Agipi Convictions _____ % | Agipi Actions Europe _____ % |
| | | | Agipi Immobilier _____ % | Agipi Actions Monde _____ % |
| | | | Agipi Revenus _____ % | Agipi Grandes Tendances _____ % |
| | | | | Agipi Monde Durable _____ % |

⁽¹⁾ En fonction de la date d'effet de votre adhésion, l'investissement sur le FONDS Agipi Euro Croissance peut nécessiter une transformation de votre adhésion. Nous vous invitons pour cela à vous rapprocher de votre conseiller.

Si j'investis une part de mon compte de retraite sur le FONDS Agipi Euro Croissance, les montants investis sur ce fonds font l'objet d'une garantie en capital à l'âge prévisionnel de départ à la retraite.

 Signature manuscrite obligatoire

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez ADIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADIS.

Titulaire du compte bancaire

Nom _____ Prénom _____

Etablissement bancaire _____

Compte bancaire à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Organisme créancier

ADIS - 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex

Identifiant Créancier SEPA : FR06ZZZ553287

Identification du mandat

La référence unique du mandat vous sera communiquée ultérieurement.

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Partie à compléter uniquement en cas de changement de situation depuis votre dernier versement

Situation familiale Célibataire Marié Pacsé Divorcé Veuf

Situation professionnelle Profession actuelle ou exercée avant la retraite _____ depuis quand ? _____

Statut professionnel Profession libérale Artisan Commerçant

Chef d'exploitation ou d'entreprise agricole Autre _____

Informations importantes

Je reconnais avoir été informé, conformément à la loi informatique et libertés, du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, que les données contenues dans le présent document sont nécessaires à l'établissement du contrat d'assurance.

J'ai été informé et je consens à ce que les données contenues dans le présent document puissent être utilisées pour les seules nécessités de la gestion du contrat d'assurance par ADIS, responsable du traitement, et que celles-ci pourront être communiquées à AGIPI, ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de la gestion dudit contrat.

Je déclare par ailleurs avoir été informé que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer à l'adresse suivante : Correspondant Informatique et Libertés, ADIS, 12 Avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Prélèvement automatique

Tout rejet éventuel d'un prélèvement entraînera, sans autre formalité, un arrêt de la présente procédure de prélèvement automatique. Une autre procédure pourra toutefois être mise en place par un accord entre l'adhérent et ADIS. Si, pour une raison extérieure à ADIS, un prélèvement ne pouvait être encaissé à l'échéance prévue, la responsabilité de l'association ne pourrait être en aucun cas recherchée.

Lutte contre le blanchiment

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des articles 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du Code pénal et 415 du Code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement des entreprises terroristes.

Je déclare être pleinement informé qu'ADIS et AXA sont soumis aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (article L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Fait à _____, le _____

Signature manuscrite obligatoire