



Versements complémentaires

Contrat individuel d'assurance-vie libellé en euros et/ou en unités de compte



Contrat n° : dénommé
Je soussigné(e) : Nom du Souscripteur : Prénom
né(e) le à

Souhaite effectuer **un versement complémentaire sur le contrat cité en référence**, comme suit :

Versement libre d'un montant de : € (min. 300 €) ⁽¹⁾

- Selon **chèque bancaire**, ci-joint n° établi à l'ordre d'APICIL Assurances et tiré sur le compte du Souscripteur, auprès de la Banque :
- Par **virement (joindre une copie de l'ordre de virement signé)** sur le compte : APICIL ASSURANCES VIREMENTS ; RIB : 30056 00170 01700019020 70 ; Domiciliation : HSBC France AG Lyon Bourse, et tiré sur le compte du Souscripteur auprès de la Banque :

Répartition du versement libre ⁽²⁾ :

Supports d'investissement	Codes ISIN	Montant (€) (50€ min. par support)

Versements programmés

- Mise en place**
- Modification**

J'opte pour des versements programmés d'un montant de : € ⁽¹⁾.

Le prélèvement sera effectué :
 par mois (min.50 €) par trimestre (min.100 €)
 par semestre (min.200 €) par année (min.200 €)

Répartition des versements programmés ⁽²⁾ :

Supports d'investissement	Codes ISIN	Montant (€) (50€ min. par support)

La mise en place des versements programmés se fera sous un délai d'un mois calendaire à réception par APICIL Assurances **du mandat de prélèvement dûment complété et signé et d'un RIB.**

- Annulation** : Je souhaite stopper les prélèvements automatiques à compter du
Cette demande doit parvenir à l'Assureur 15 jours avant l'échéance à venir.

⁽¹⁾ Pour tout versement supérieur ou égal à 20 000 euros, veuillez joindre **le formulaire « Déclaration d'origine des fonds »**. En cas de versement (ou cumul de versements sur 12 mois glissants) supérieur ou égal à 150 000 euros, veuillez joindre la déclaration d'origine des fonds **accompagnée des justificatifs nécessaires**.

⁽²⁾ **S'agissant des unités de compte, l'Assureur ne s'engage que sur leur nombre, mais pas sur leur valeur. La valeur de ces 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.**

Les frais sur versements sont précisés dans les Conditions Générales valant note d'information.

Réservé au Conseiller :

Je reconnais avoir pris connaissance, à la date de signature, des documents d'information clé pour l'investisseur visés par l'Autorité des Marchés Financiers (AMF) (ou notes détaillées) pour chaque unité de compte sélectionnée, disponibles auprès d'APICIL ASSURANCES et sur le site internet www.amf-france.org

Fait à le/...../.....

Signature du Souscripteur

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant et sur tout fichier. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier postal à : Groupe APICIL – Relation Client - 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire Cedex.

LinXea - SAS au capital de 100 000 € - Siren : RCS 478 958 762 - Immatriculé à l'Orias sous le n° 07 031 073 - www.oriass.fr. Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances (N° de police : RCP10054). Siège social : 22 avenue de Suffren 75015 paris - Site internet : <http://www.linxea.com>

APICIL ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance
Siège social 38, rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire - RCS Lyon 440 839 942 - **Capital** 114 010 000 Euros