

ECUREUIL RETRAITE PRO

BULLETIN D'OPÉRATION

Contrat collectif d'assurance sur la vie de type multisupport, libellé en unités de compte et/ou en euros.

Contrat souscrit par l'Association APER 30, avenue Pierre Mendès France – 75013 PARIS

Auprès de BPCE Vie – 4 Rue des Pirogues De Bercy – CS61241 – 75580 Paris Cedex 12 France – Tél. : +33 1 58 19 90 00 – Fax : +33 1 58 19 92 50

Société anonyme au capital de 161 469 776 euros – Entreprise régie par le code des assurances – 349 004 341 RCS Paris

Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris – France

Je, soussigné(e) ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Pays : _____ Tél : _____

Titulaire du contrat Écureuil Retraite Pro N° _____ demande la prise en compte des opérations suivantes :
(cocher la(les) case(s) correspondante(s)).

☐ **1 - CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL** (joindre une copie du livret de famille et indiquer le nouvel état civil).

☐ Madame

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

☐ **2 - CHANGEMENT D'ADRESSE** (joindre un justificatif de domicile et indiquer la nouvelle adresse).

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Pays : _____ Tél : _____

☐ **3 - CHANGEMENT DE COORDONNÉES BANCAIRES** (joindre un RIB ainsi que le mandat de prélèvement SEPA, complétée et signée, et indiquer les nouvelles coordonnées bancaires).

Nom de l'établissement teneur du compte : _____

Établissement : _____ Agence : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Pays : _____ Tél : _____

☐ **4 - MODIFICATION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE** (indiquer la nouvelle désignation).

En l'absence de bénéficiaire acceptant, je désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès comme suit (cocher l'une des six possibilités suivantes) :

☐ mon conjoint à la date du décès, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de prédécès, à défaut mes héritiers selon les règles de la dévolution successorale.

ou

☐ mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de prédécès, à défaut mes héritiers selon les règles de la dévolution successorale.

ou

☐ mes héritiers selon les règles de la dévolution successorale.

AUTRES CLAUSES

☐ Autre désignation : _____

Nom d'usage, nom de naissance pour les femmes mariées, prénom, lien de parenté éventuel, date et lieu de naissance, adresse actuelle, et répartition le cas échéant.
_____, à défaut mes héritiers, selon les règles de la dévolution successorale.

ou

☐ Autre désignation, sur lettre manuscrite jointe, à défaut mes héritiers, selon les règles de la dévolution successorale.

ou

☐ Selon la désignation déposée chez Maître _____, Notaire à : _____
_____, à défaut mes héritiers, selon les règles de la dévolution successorale.

Attention : lorsque le(s) bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), nous vous recommandons de mentionner ses(leurs) coordonnées précises afin que, en cas de décès, nous l'(les) informions de la désignation faite à son(leur) profit.

☐ **5 - VERSEMENTS FACULTATIFS** (Compléter le tableau en rubrique 9 pour la répartition des versements facultatifs).

Ce versement correspond à :

☐ un **versement complémentaire facultatif**

☐ un **versement supplémentaire facultatif**
(au titre de la reconstitution de carrière)

Montant du versement brut : _____ euros

Date de première affiliation au régime des TNS : / /

Montant maximum = plafond de la classe - montant de la cotisation annuelle

Reconstitution de carrière = le montant du versement supplémentaire versé pour une année doit être égal à celui fixé pour cette même année.

Taux de frais : 4,3 %

Le versement facultatif est payable par chèque uniquement à l'ordre de BPCE Vie.
Mentionner au dos du chèque : versement facultatif ERP suivi du N° de contrat.

☐ 6 - MODIFICATION DU MONTANT DES VERSEMENTS PÉRIODIQUES OBLIGATOIRES

Montant du nouveau prélèvement brut : _____ euros

☐ Mensuel

☐ Trimestriel

☐ Semestriel

☐ Annuel

Le montant des versements périodiques obligatoires doit respecter la limite du plancher/plafond de la classe de cotisation choisie à l'adhésion.

☐ 7 - ARBITRAGES LIBRES ENTRE SUPPORTS (COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS).

Nom du support	Code ISIN	Désinvestissement En %	Réinvestissement En %
Fonds Euros			
Ecureuil Tréso 3 mois	FR0007062435		
Ecureuil Obli Euro	FR0010057075		
Ecureuil Actions Européennes	FR0010075804		
Ecureuil Bénéfices Responsable	FR0010091116		
Ecureuil Investissements	FR0010091132		
Ecureuil Technologies	FR0010083519		
Total		-	100 %

En gestion profilée, l'arbitrage ne pourra être réalisé que sur un seul des profils proposés.

En gestion progressive, la nouvelle allocation devra respecter, selon l'âge de l'adhérent/assuré, la répartition entre le fonds en euros et les unités de compte mentionnées aux conditions générales valant notice d'information de votre contrat. À défaut du respect de cette répartition, l'assureur affectera la totalité de l'épargne retraite et des versements sur le fonds en euros, et le contrat bénéficiera de la gestion libre.

☐ 8 - MODIFICATION DU MODE DE GESTION

Attention : Les modes de gestion sont exclusifs les uns des autres. Tout changement de mode de gestion met fin automatiquement à celui qui était en vigueur sur le contrat. Si le changement de mode de gestion génère des arbitrages, les frais afférents seront prélevés.

Dorénavant, je souhaite que mon contrat bénéficie :

☐ de la **gestion libre**. Compléter la nouvelle allocation dans le tableau en **rubrique 9** pour la répartition de l'épargne retraite et des versements périodiques obligatoires le cas échéant.

ou

☐ de la **gestion progressive**.

> Je sélectionne les supports financiers et leurs allocations pour l'investissement de mon épargne retraite, conformément à la répartition entre le fonds en euros et les unités de compte, mentionnées aux conditions générales valant notice d'information de mon contrat Ecureuil Retraite Pro. Indiquer la nouvelle allocation de l'épargne retraite dans le tableau de répartition en **rubrique 9**.

> Je modifie également, le cas échéant, la répartition de mes versements périodiques obligatoires, afin que les nouveaux versements respectent bien la répartition entre le fonds en euros et les unités de compte, mentionnée aux conditions générales valant notice d'information de mon contrat Ecureuil Retraite Pro. Indiquer la nouvelle allocation des versements périodiques obligatoires dans le tableau de répartition en **rubrique 9**.

À défaut du respect de cette répartition, l'assureur affectera la totalité de l'épargne retraite et des versements sur le fonds en euros et le contrat bénéficiera de la gestion libre.

ou

☐ de la **gestion profilée** suivant un des profils suivants, pour l'investissement de mon épargne retraite et de mes versements périodiques obligatoires :

☐ Profil Prudent

Ecureuil Profil 5

FR0000431082

☐ Profil Équilibre

Ecureuil Profil 30

FR0000431108

☐ Profil Dynamique

Ecureuil Profil 90

FR0010075796

☐ 9 - TABLEAU DE RÉPARTITION DES VERSEMENTS PÉRIODIQUES OBLIGATOIRES ET/OU FACULTATIFS ET DE L'ÉPARGNE RETRAITE

Nom du support	Code ISIN	Répartition des versements En %		Nouvelle répartition de l'épargne retraite En %
		Choix de répartition des versements facultatifs En %	Nouvelle répartition des versements périodiques obligatoires En %	
Fonds Euros				
Ecureuil Tréso 3 mois	FR0007062435			
Ecureuil Obli Euro	FR0010057075			
Ecureuil Actions Européennes	FR0010075804			
Ecureuil Bénéfices Responsable	FR0010091116			
Ecureuil Investissements	FR0010091132			
Ecureuil Technologies	FR0010083519			
Total		100 %	100 %	100 %

☐ 10 - RÉSILIATION DE LA GARANTIE « EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL »

Attention : Une fois résiliée, vous ne pourrez plus souscrire à la garantie « exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité de travail ».

☐ Je souhaite résilier la garantie « exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité de travail » en cours sur mon contrat Ecureuil Retraite Pro, dès le prochain versement périodique.

☐ 11 - CONVERSION EN RENTE VIAGÈRE

Indiquer la date de la liquidation de votre régime retraite de base et remplir le bulletin d'adhésion spécifique (Demande de mise en service d'une rente viagère).

Date de liquidation effective : / /

Important :

L'adhérent/assuré reconnaît avoir reçu les documents d'information clé pour l'investisseur (DICI), ou à défaut, les prospectus simplifiés agréés par l'Autorité des marchés financiers (Amf) relatifs aux supports financiers sélectionnés dans le cadre du présent bulletin d'opération, conformément aux dispositions de l'article A.132-4 du Code des assurances, et déclare en avoir pris connaissance avant de signer le présent bulletin d'opération.

L'adhérent/assuré reconnaît par ailleurs :

- avoir bien noté qu'il n'est pas autrement dérogé aux conditions initialement souscrites et aux éventuels avenants existants ;
- être à jour du paiement de ses cotisations sociales obligatoires. Il a bien noté que toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat selon l'article L 113.8 du Code des assurances ;
- avoir été informé que les documents d'information clé pour l'investisseur (DICI), ou à défaut, les prospectus de chacun des organismes de placements collectifs (OPC) proposés et agréés par l'Autorité des marchés financiers (Amf) peuvent par ailleurs être remis sur simple demande aux guichets des agences Caisse d'Épargne ou auprès de BPCE Vie ou encore, sur le site de l'Amf : www.amf-france.org ;
- avoir été informé que le règlement ou les statuts des OPC ainsi que leur dernier rapport annuel et leur dernier état périodique sont disponibles sur simple demande auprès du gestionnaire de l'OPC ;
- avoir été informé des risques financiers inhérents aux supports financiers, autres que le fonds en euros et de l'évolution des marchés, qui peuvent être sujets à des fluctuations favorables ou défavorables dont l'amplitude peut varier en fonction de la nature du support, et déclare les assumer en pleine connaissance de cause.

La prise d'effet des opérations est conditionnée par la réception de la demande complète et à son traitement par BPCE Vie.

Signature de l'adhérent/assuré, précédée de la mention « Lu et approuvée ».

Imprimé, complété et signé en 3 exemplaires

Le / / , à _____

CADRE RÉSERVÉ

Caisse d'Épargne : _____	Signature du Conseiller :
Agence : _____	
Adresse de l'agence : _____	
Ville : _____	
Code de l'agence : _____	
Identifiant Bancaire : _____	
Nom / Prénom du conseiller CE : _____	
Mail du conseiller : _____	

Vous reconnaissez et acceptez que vos données à caractère personnel recueillies dans le cadre de votre demande de modification au contrat Ecureuil Retraite Pro soient traitées, utilisées, transmises et conservées selon les conditions et modalités prévues à l'article XX - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS des conditions générales du Contrat Ecureuil Retraite Pro. A ce titre, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification de toute information vous concernant, en adressant un courrier à BPCE Vie - Service Informations/Réclamations - 4 rue des Pirogues de Bercy - CS 61241 - 75580 Paris Cedex 12.

Si vous souhaitez recevoir les communications commerciales de BPCE Vie sur les produits et/ou les services de BPCE Vie et/ou de BPCE Prévoyance, vous devez cocher la case suivante : ☐

BPCE Vie

Société anonyme au capital de 161 469 776 euros – Entreprise régie par le code des assurances – 349 004 341 RCS Paris
Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris France

Référence Unique du Mandat	ATTENTION : Ne pas remplir cette zone, elle sera complétée automatiquement.
----------------------------	---

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.

Votre nom : _____ (NOM / PRÉNOMS OU DÉNOMINATION SOCIALE DU DÉBITEUR)	Représentant légal : _____ (NOM / PRÉNOMS ET QUALITÉ)
N° Client : _____	ou SIRET : [][][][][][][][][][][][][][][]
Votre adresse : _____ (NUMÉRO ET NOM DE LA RUE)	[][][][][] _____ (CODE POSTAL) (VILLE / PAYS)
Les coordonnées de votre compte : [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] (NUMÉRO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE - IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)) [][][][][][][][][][][][][][] (CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE - BIC (BANK IDENTIFIER CODE))	
Créancier : BPCE Vie – 30, avenue Pierre Mendès France	[7][5][0][1][3] PARIS – FRANCE
I. C. S créancier : [F][R][2][3][Z][Z][Z][1][5][3][7][2][9] (IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA)	Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Nom du tiers débiteur (Client) : _____

Code Client : _____

Signature(s) du (des) débiteur(s) et/ou de son (ses) représentant(s) légal (légaux), le cas échéant

--	--

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le créancier conserve lesdites informations pendant la durée nécessaire à l'exécution du présent mandat.