



CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE MULTISUPPORT À VERSEMENTS ET RETRAITS LIBRES AFER EUROPE

1 Je soussigné(e) Monsieur Madame Mademoiselle
 NOM (en majuscules) : _____
 Née (femmes mariées) : _____ Prénom : _____
 Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Cohabitant(e) légal(e)
 Né(e) le : _____ à (Ville, Pays) _____
 Nationalité : _____ Situation professionnelle : Salarié(e)/Fonctionnaire
 Indépendant Pensionné Sans activité
 Profession : _____ Code Catégorie Socioprofessionnelle* : _____
 (Indiquez une profession précise. Si vous êtes Pensionné, indiquez votre profession antérieure) Code Secteur d'activité* : _____

Demande à adhérer à l'association AFER Europe+ et au Contrat d'Assurance sur la Vie Multisupport à Versements et Retraits libres AFER Europe, à durée indéterminée, souscrit auprès d'AVIVA EPARGNE RETRAITE et d'AVIVA VIE.

Identité du conjoint ou cohabitant légal : Monsieur Madame Mademoiselle
 NOM (en majuscules) : _____
 Née (femmes mariées) : _____ Prénom : _____

2 PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE : Oui Non
 Je suis une personne exposée si : "J'exerce ou j'ai cessé d'exercer il y a moins de 12 mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative pour le compte d'un autre Etat que l'Etat belge⁽¹⁾, ou je suis un membre direct de la famille⁽²⁾ d'une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction, ou je suis étroitement associé(e)⁽³⁾ à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction" (conformément à la 3^{ème} Directive européenne du 26 octobre 2005).
 (1) Chef d'Etat, chef de gouvernement, ministre, ministre délégué et secrétaire d'Etat, parlementaires, membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; membre d'une cour des comptes ; dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; ambassadeur, chargé d'affaires, officier supérieur des forces armées ; membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique. (2) Le conjoint ou le cohabitant légal considéré par le droit national de la personne visée en (1) comme l'équivalent d'un conjoint, les enfants et leurs conjoints ou cohabitants légaux, les parents. (3) Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec une personne politiquement exposée ; toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec une personne politiquement exposée.

3 ADRESSE DE RÉSIDENCE FISCALE : _____
 (Adresse suite) : _____ N° : _____ Bte : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : B E L G I Q U E
 Téléphone : _____ Téléphone professionnel : _____

4 ADRESSE E-MAIL (en majuscules) : _____
 J'accepte que AFER Europe+ et AVIVA VIE communiquent avec moi et m'adressent les notifications et documents relevant de la présente adhésion sur mon adresse e-mail : Oui Non

5 ADRESSE POSTALE : si vous désirez que toute votre correspondance soit envoyée à une autre adresse, indiquez-la ci-dessous.
 Nom et prénom : _____
 Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

6 PREMIER VERSEMENT :**
 Montant versé (minimum 825 euros) : _____ euros dont 25 euros de droit d'entrée unique à l'association AFER Europe+ si vous n'êtes pas déjà adhérent.
 Si vous êtes déjà adhérent(e) de l'association AFER Europe+, numéro d'adhésion : _____, le montant minimum à verser est de 800 euros.
 Le versement est à effectuer sur le compte bancaire n° BE61 3701 2948 8017 d'AVIVA VIE auprès d'ING.
 Paiement par tiers familial autorisé (père/mère, grands-parents, conjoint, cohabitant légal) : préciser le nom, prénom et lien de parenté : _____
 Fournir une copie de la carte d'identité et l'attestation électronique ou une copie du passeport ou une copie du document de séjour (durée de validité d'au moins 1an) du payeur
 Profession du payeur (si Pensionné, indiquer la profession antérieure) : _____
 Code Catégorie Socioprofessionnelle* du payeur : _____ Code Secteur d'activité du payeur* : _____
 Justificatif du lien de parenté entre l'adhérent et le tiers payeur à joindre obligatoirement (copie du ou des livrets de famille, acte de mariage, composition du ménage...)
 Nature du document transmis : _____
 Adhésion souscrite en reconstitution d'un prêt

7 CHOIX D'INVESTISSEMENT : (à compléter obligatoirement)
 La répartition choisie sera effectuée après prélèvement des frais de versement, de la taxe sur les versements et du minimum de 762 EUR restant investi dans le Fonds Garanté. A défaut de choix exprimé, vos versements seront investis intégralement dans le Fonds Garanté.

Répartition pour mon premier versement :		Répartition pour mes versements futurs :	
- FONDS GARANTI...	_____ %	- FONDS GARANTI	_____ %
- DYNAFER.....	_____ %	- DYNAFER	_____ %
- OPENSFER.....	_____ %	- OPENSFER	_____ %
- ID-AFER.....	_____ %	- ID-AFER	_____ %
- AFER-SFER.....	_____ %	- AFER-SFER	_____ %
- EUROSFER.....	_____ %	- EUROSFER	_____ %
- PLANISFER.....	_____ %	- PLANISFER	_____ %
TOTAL = 1 0 0		TOTAL = 1 0 0	

8 BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS :
 Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : mon conjoint ou mon cohabitant légal, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers selon dévolution successorale.
 Si cette désignation ne vous convient pas, indiquez ci-dessous, en lettres majuscules, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) en précisant la répartition entre eux.
 Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : _____, à défaut mes héritiers selon dévolution successorale.

9 OPTION D'INVESTISSEMENT PROGRESSIF :
 En cas de choix d'investissement vers des Unités de Compte dans le cadre de mon versement initial, je demande à ce que cet investissement se fasse progressivement. Dans ce cas, un versement initial minimum de 5 000 euros est nécessaire.
 Durée des investissements progressifs : 12 quinzaines 18 quinzaines 24 quinzaines
 Chaque quinzaine, le montant arbitré vers les Unités de Compte correspondra au montant à investir vers les Unités de Compte par application du pourcentage défini lors du premier versement indiqué ci-avant divisé par le nombre de quinzaines choisi.

10 PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :
 • **2 documents d'identité à joindre au bulletin d'adhésion (documents officiels en cours de validité) :**
 - une copie de la carte d'identité et l'attestation électronique de la carte d'identité et/ou une copie du passeport et/ou une copie du document de séjour (durée de validité d'au moins 1 an)
 • **Il est nécessaire de joindre également le document suivant :** un relevé bancaire BIC/IBAN de provenance des Fonds

11 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME :
 Dans le cadre de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme des informations et documents complémentaires peuvent être à fournir avec le présent bulletin d'adhésion (Cf. Détermination du niveau de vigilance et documents à fournir).

12 DECLARATIONS : Je déclare que :
 • Je prends acte que les sociétés d'assurances AER et AVIVA VIE sont établies en France, avec une succursale en Belgique, et suis conscient(e) que la surveillance de ces assureurs relève principalement de la responsabilité des autorités de contrôle françaises ;
 • En signant, datant et remettant ce Bulletin d'Adhésion, j'accepte les modalités de fonctionnement du contrat ainsi que tous les documents y afférents (notamment les Conditions Générales du contrat, la Fiche d'Information Financière comprenant notamment les indications générales relatives au contrat et le régime fiscal ainsi que tous les autres documents relatifs au contrat) que je reconnais avoir reçus et/ou imprimés du site internet www.epargnegagnante.be et lus. Je prends acte et reconnais que la documentation ci-dessus est à ma disposition sur le site www.epargnegagnante.be
 • J'avertirai immédiatement AVIVA VIE par écrit de toute modification des informations mentionnées dans ce Bulletin d'Adhésion.
 • Je demande que la langue utilisée dans toute communication à mon attention soit le français.

13 VIE PRIVEE :
 J'ai bien noté que les informations et données que je vous communique font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à AVIVA VIE, à AFER Europe+, aux organismes dont l'intervention est nécessaire pour l'enregistrement et la gestion de mon adhésion, ainsi qu'à mon intermédiaire d'assurance qui est en charge de son suivi. Je dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification en m'adressant à AVIVA VIE. Je peux également consulter le registre public des traitements automatisés tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée. J'ai bien noté que ces informations seront traitées notamment sur le territoire français.

AVIVA VIE
 Siège social : 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes - 732 020 805 RCS Nanterre
 Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
 Société anonyme de droit français, (Aviva Vie S.A.), apériteur
 Entreprise régie par le code français des assurances au capital de 655.481.225 €
 Succursale belge : Avenue Lloyd George 6, 1000 Bruxelles
 RPM Bruxelles - BCE 808.167.178.
Aviva Epargne Retraite
 Siège social : 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes - 378 741 722 RCS Nanterre
 Société Anonyme au Capital social de 508.866.722 €
 Société Anonyme de droit français, (A.E.R.)
 Succursale belge : Avenue Lloyd George 6, 1000 Bruxelles
 RPM Bruxelles - BCE 808.197.268.
AISBL AFER EUROPE +
 Avenue Lloyd George 6, 1000 Bruxelles - RPM Bruxelles - 0834.096.664.

J'adresse mon bulletin d'adhésion et les pièces justificatives à :
AVIVA VIE (Succursale belge)
 Avenue Lloyd George 6 à 1000 Bruxelles
 RPM Bruxelles - BCE 808.167.178.

Je déclare que le bulletin d'adhésion a été complété en :
 Face à Face Vente à distance

Fait à : _____, le : _____

Signature de l'adhérent(e)