

VOTRE SOUSCRIPTION EN 3 ETAPES



Etape 1 : Toute souscription doit être réalisée après consultation :

- Des conditions générales
- Des annexes financières



Etape 2 : Renseigner le Bulletin de Souscription en indiquant les frais de souscription qui vous sont accordés.



Attention à la rédaction de la clause bénéficiaire, à l'allocation d'actifs, aux options de gestion et aux garanties de prévoyance.



Etape 3 : Envoyer votre Bulletin de souscription à :

**ACTIFINANCES
26 rue Washington
75008 PARIS**

Accompagné de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso)
- Un chèque de votre versement à l'ordre de « APICIL Assurances »
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile

Une question, un renseignement ? Pour toutes informations ...

ACTIFINANCES est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h30 à 19h00 sur rendez-vous ou par téléphone au : 01.42.88.17.87

Nous accuserons réception de votre dossier par mail.



INTENCIAL LIBERALYS VIE (03/2016)

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Type particulier de souscription (joindre les justificatifs nécessaires) :

- EPARGNE HANDICAP CO-SOUSCRIPTION/DEMEMBREMENT
 MINEUR TUTELLE/CURATELLE

Mme M.

Nom : Prénom : Nom de J.F. :

Né(e) le :/...../..... à : Département : Pays* : Nationalité* :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays* :

Résidence fiscale* :

Pour les non-résident et/ou en cas d'indice d'américanité : numéro d'identification fiscal ou Numéro TIN (SSN) (numéro d'identification fiscal américain)* :

***Si vous avez le statut de personne américaine, votre contrat sera reporté à l'administration fiscale française en application de la réglementation américaine FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act). Veuillez joindre le formulaire « Déclaration FATCA ». Si vous êtes résident fiscal dans un pays autre que la France et/ou les Etats-Unis, veuillez joindre le formulaire « RESIDENCES FISCALES (Hors France et Etats-Unis) ».**

Tél. domicile : Tél. portable : Courriel obligatoire :

Situation familiale : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Situation actuelle : Actif Retraité(e) Etudiant(e) Cumul emploi / retraite Chômeur (se)

Secteur d'activité : Agriculture, sylviculture et pêche Industries extractives Industrie manufacturière Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution Construction Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles Transports et entreposage hébergement et restauration Information et communication Activités financières et d'assurance Activités immobilières Activités spécialisées, scientifiques et techniques activités de services administratifs et de soutien Administration publique Enseignement Santé humaine et action sociale Arts, spectacles et activités récréatives Autres activités de services Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre Activités extraterritoriales

Catégorie professionnelle : Contremaître, agent de maîtrise Agriculteur Artisan Cadre administratif et commercial d'entreprise Cadre de la fonction publique Chauffeur Chef d'entreprise Chômeur n'ayant jamais travaillé Clergé, religieux Commerçant et assimilé Employé administratif d'entreprise Employé civil de la fonction publique Employé de commerce Etudiant Ingénieur et cadre technique d'entreprise Ouvrier agricole Ouvrier qualifié Ouvrier non qualifié Personnel des services direct aux particuliers Policier et militaire Profession libérale Professeur, profession scientifique Profession des médias Professeur des écoles et assimilé Profession intermédiaire de la santé Profession intermédiaire administrative Technicien Sans activité professionnelle

Profession :

Vous êtes une Personne Politiquement Exposée (PPE), personne exerçant des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ou ayant cessé d'exercer depuis moins d'un an : non oui (précisez la fonction).....

La fonction est exercée ou a été exercée : en France hors France

Vous avez un lien familial ou êtes étroitement associé avec une PPE : non oui (fonction et nature du lien)

Revenus annuels du foyer :
<input type="checkbox"/> moins de 30.000€
<input type="checkbox"/> de 30.001 à 50.000€
<input type="checkbox"/> de 50.001 à 90.000€
<input type="checkbox"/> de 90.001 à 140.000€
<input type="checkbox"/> de 140.001 à 200.000€
<input type="checkbox"/> plus de 200.000€

Patrimoine total :
<input type="checkbox"/> moins de 100.000€
<input type="checkbox"/> de 100.001 à 300.000€
<input type="checkbox"/> de 300.001 à 450.000€
<input type="checkbox"/> de 450.001 à 790.000€
<input type="checkbox"/> de 790.001 à 2.000.000€
<input type="checkbox"/> plus de 2.000.000€

Répartition du patrimoine :	Montant (€)
Résidence principale	
Résidence secondaire	
Immobilier locatif	
Valeurs mobilières, Assurance vie	
Liquidités, livrets	
Objets d'art	
Autres	

Fait le/...../..... à.....

Signature :

DURÉE DU CONTRAT

Durée viagère ou Durée déterminée de années à compter de la date d'effet.

CARACTÉRISTIQUES DU VERSEMENT INITIAL

J'effectue un versement initial d'un montant de € (minimum 1 000 euros pour les versements libres ou 500 euros pour les versements programmés) suivant la répartition définie ci-dessous.

Selon chèque ci-joint, tiré sur la banque, établi à l'ordre d'APICIL Assurances (tout versement en espèces est interdit).

VERSEMENTS PROGRAMMÉS

Non Oui > J'opte pour des versements programmés d'un montant périodique de :€.

Le prélèvement sera effectué : par mois (min.100€) par trimestre (min.300€) par semestre (min.600€) par année (min.600€)

Je complète le tableau d'affectation des versements programmés ci-dessous.

J'ai bien noté que, conformément à l'article 8 de la Proposition d'assurance valant note d'information la mise en place du 1er versement programmé est réalisée passé un délai d'un mois calendaire après réception par APICIL Assurances du mandat de prélèvement accompagné d'un RIB.

FRAIS

Sont indiqués ici les frais en mode Gestion libre. Le mode de Gestion pilotée ou le mode de Gestion déléguée ne peuvent être mis en place qu'à l'issue du délai de renonciation.

- Frais sur versement initial et versements programmés :% (4,50 % maximum)
- Frais d'arbitrage en Gestion libre : 1er arbitrage de chaque année civile gratuit, puis 15€ + 0,80 % maximum des sommes transférées, excepté en cas d'arbitrage du support APICIL EuroFlex vers le support APICIL Euro Garanti, les frais sont de 2,00 % des sommes transférées.
- Frais de gestion sur les supports "Euros" en Gestion libre :
 - o APICIL EuroFlex : 4,00 % de frais de gestion annuels prélevés au terme de chaque trimestre civil prorata temporis.
 - o APICIL Euro Garanti : 1,00 % de frais de gestion annuels prélevés au terme de chaque trimestre civil prorata temporis.
- Frais de gestion sur les supports "Unités de Compte" en Gestion libre : 1,00 % maximum de frais de gestion annuels prélevés au terme de chaque trimestre civil prorata temporis.

RÉPARTITION DES VERSEMENTS

Pour tout investissement la quote-part investie sur le support en euros APICIL Euro Garanti ne peut dépasser le pourcentage maximum autorisé fixé par l'Assureur et communiqué au Souscripteur avant chaque investissement : 70 % du montant investi.

Versement initial

Je choisis d'investir mon versement initial parmi les supports éligibles au contrat que j'indique dans le tableau ci-dessous.

SUPPORTS RETENUS	CODES ISIN	VERSEMENT INITIAL (50 € min/support)
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	TOTAL :	100 %

Versements programmés

Je choisis d'investir mes versements programmés parmi les supports éligibles au contrat que j'indique dans le tableau ci-dessous.

SUPPORTS RETENUS	CODES ISIN	VERSEMENTS PROGRAMMÉS (50 € min/support)
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	-----	%
	TOTAL :	100 %

J'atteste avoir pris connaissance des documents d'information clé pour l'investisseur ou notes détaillées présentant les caractéristiques principales des Unités de Compte choisies, disponibles sur le site présentant INTENCIAL LIBERALYS VIE et/ou sur le site www.amf-france.org.

Fait le/...../..... à.....

Signature :

OPTION GARANTIE PLANCHER

Je souscris à l'option Garantie Plancher définie en annexe 1 de la Proposition d'assurance : Oui Non

VALEURS DE RACHAT

En cas de souscription de la garantie décès complémentaire, il n'existe pas de valeurs de rachat minimales exprimées en euros, il n'est donc pas nécessaire de compléter les tableaux de valeurs de rachat.

Si la garantie décès complémentaire n'est pas souscrite, les tableaux « valeurs de rachat » ci-dessous doivent être obligatoirement complétés en fonction des supports en euros choisis.

Les tableaux « valeurs de rachat » ci-dessous ont pour but de vous montrer :

- 1) L'impact des frais d'entrée sur le versement initial de votre contrat.
- 2) La valeur de rachat minimale garantie de vos versements sur le(s) support(s) en euros de votre choix.

Caractéristiques du contrat :

- Frais sur versements : %
- Montant du versement initial **brut** de frais sur versements : € (a)

Déterminer la valeur de rachat :

Pour la première année, la valeur de rachat minimale constatée en fin d'année correspond au montant du versement initial **net** de frais sur versements et **diminué des frais de gestion annuels**. Pour les fins d'années suivantes, la valeur de rachat minimale correspond à la valeur de rachat minimale constatée en fin d'année précédente, diminuée des frais de gestion prélevés sur l'année en cours.

Pour la part investie sur le support en euro APICIL Euro Garanti

- Montant du versement initial **brut** de frais sur versements affecté au support en euros APICIL Euro Garanti : € (b)
- Montant du versement initial **net** de frais sur versements affecté au support en euros APICIL Euro Garanti : € (c)
qui est égal à (b) x (1 - taux de frais sur versements)
- Frais de gestion annuel du support en euros APICIL Euro Garanti : 1,00 % (soit 0,01)

Tableau des valeurs de rachat minimales de la part affectée au support en euros APICIL Euro Garanti

Complétez le tableau avec les valeurs (a), (d), (e), (f), (g), (h), (i), (j), (k).

Année	Montant du versement brut effectué à la souscription, exprimé en euros. *Montant identique pour les huit (8) ans	Formule de calcul de la valeur de rachat minimale pour chaque année	Support APICIL Euro Garanti : valeurs de rachat minimales personnalisées exprimées en euros. (Ne pas compléter si une garantie décès complémentaire souscrite)
1	(a)* €	$(d) = (c) \times (1 - 0,01)$	(d) €
2		$(e) = (d) \times (1 - 0,01)$	(e) €
3		$(f) = (e) \times (1 - 0,01)$	(f) €
4		$(g) = (f) \times (1 - 0,01)$	(g) €
5		$(h) = (g) \times (1 - 0,01)$	(h) €
6		$(i) = (h) \times (1 - 0,01)$	(i) €
7		$(j) = (i) \times (1 - 0,01)$	(j) €
8		$(k) = (j) \times (1 - 0,01)$	(k) €

Si une garantie décès complémentaire est souscrite, alors il n'existe pas de valeur de rachat minimale exprimée en euros. Des simulations des valeurs de rachat avec prise en compte de la dite garantie vous sont indiquées à l'article 11 « Valorisation de l'épargne constituée » dans la Proposition d'assurance valant note d'information.

Fait le/...../..... à.....

Signature :

Pour la part investie sur le support en euro APICIL EuroFlex

- Montant du versement initial **brut** de frais sur versements affecté au support en euros APICIL EuroFlex : € (b')
- Montant du versement initial **net** de frais sur versements affecté au support en euros APICIL EuroFlex : € (c')
qui est égal à (b') x (1 - taux de frais sur versements)
- Frais de gestion annuel du support en euros APICIL EuroFlex : 4,00 % (soit 0,04)

Tableau des valeurs de rachat minimales de la part affectée au support en euros APICIL EuroFlex

Complétez le tableau avec les valeurs (a), (d'), (e'), (f'), (g'), (h'), (i'), (j'), (k').

Année	Montant du versement brut effectué à la souscription, exprimé en euros. *Montant identique pour les huit (8) ans	Formule de calcul de la valeur de rachat minimale pour chaque année	Support APICIL EuroFlex : valeurs de rachat minimales personnalisées exprimées en euros. (Ne pas compléter si une garantie décès complémentaire souscrite)
1	(a)* €	$(d') = (c') \times (1 - 0,04)$	(d') €
2		$(e') = (d') \times (1 - 0,04)$	(e') €
3		$(f') = (e') \times (1 - 0,04)$	(f') €
4		$(g') = (f') \times (1 - 0,04)$	(g') €
5		$(h') = (g') \times (1 - 0,04)$	(h') €
6		$(i') = (h') \times (1 - 0,04)$	(i') €
7		$(j') = (i') \times (1 - 0,04)$	(j') €
8		$(k') = (j') \times (1 - 0,04)$	(k') €

Si une garantie décès complémentaire est souscrite, alors il n'existe pas de valeur de rachat minimale exprimée en euros. Des simulations des valeurs de rachat avec prise en compte de la dite garantie vous sont indiquées à l'article 11 « Valorisation de l'épargne constituée » dans la Proposition d'assurance valant note d'information.

BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

- En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mon conjoint non divorcé non séparé judiciairement*, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.
- En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à mes héritiers.
- En cas de décès, je souhaite que le capital constitué soit versé selon la clause testamentaire déposée chez Maître notaire à, code postal, à défaut selon clause manuscrite, à défaut à mes héritiers.
- Je complète de façon manuscrite le formulaire « Clause bénéficiaire libre », à défaut à mes héritiers.
- En cas de décès, le capital constitué sera versé à mes héritiers.

* Le concubin ou le partenaire titulaire d'un PACS, n'étant pas visés par la clause, ils doivent être désignés expressément par la clause bénéficiaire libre si tel est le souhait du Souscripteur.

DÉCLARATIONS ET SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

- 1 - Je déclare avoir une pleine capacité civile à contracter les présentes.
- 2 - J'atteste avoir en ma possession :
 - la Proposition d'assurance valant note d'information du contrat,
 - les documents d'information clé pour l'investisseur (ou notes détaillées) des supports en unités de compte retenus disponibles sur le site présentant INTENCIAL LIBERALYS VIE et/ou sur le site www.amf-france.org, en avoir pris connaissance et les avoir acceptés.
- 3 - Je déclare avoir été clairement informé(e) **qu'en investissant sur des unités de compte, je prends à ma charge le risque lié à la variation des cours de chacune de celles que j'ai souscrites, les unités de compte étant sujettes à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.**
- 4 - Je reconnais avoir été informé(e) que conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à APICIL Assurances, 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE. J'ai bien noté que, pour les besoins de la gestion du contrat, ces informations sont obligatoires et susceptibles d'être transmises à des tiers. Par la signature du présent Bulletin de souscription, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient transmises.
- 5 - J'ai bien pris connaissance de ma faculté de renonciation dans les conditions suivantes :
Le Souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date d'encaissement du versement initial. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : APICIL Assurances - Direction Gestion Epargne Retraite - BP99 - 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE. Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus à l'article 6 de la Proposition d'assurance.

Fait le/...../..... à.....en trois exemplaires.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Votre conseil :
 ACTIFINANCES
 26 RUE WASHINGTON
 75008 PARIS
 31046



DÉCLARATION D'ORIGINE DES FONDS

DOCUMENT CONFIDENTIEL

L'Assureur se réserve également la possibilité de demander les justificatifs dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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 [...]. »

N° de contrat (sauf à la souscription) : Montant du versement :

Civilité : Mme Mlle M.

Nom : Prénom : Nom de J.F. :

Origine des fonds	Montant (€)
Transfert provenant d'autres placements (Livrets, actions,...)
Vente immobilière (maison, terrain,...)
Succession ou donation
Revenus professionnels (rémunération, primes, dividendes,...)
Cession d'actifs professionnels (exploitation, parts de société, commerce,...)
Vente de biens mobiliers (œuvres d'art, véhicules,...)
Autre :
.....
.....
Total :

Objectif d'investissement

<input type="checkbox"/> Garantir le remboursement d'un prêt	<input type="checkbox"/> Dynamiser mon capital
<input type="checkbox"/> Préparer la transmission de mon patrimoine	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Bénéficier de revenus réguliers
<input type="checkbox"/> Epargner pour réaliser un projet

> **Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse** au sens de la réglementation relative au blanchiment des capitaux (Code monétaire et financier articles L.561-1 et suivants).

> **Je déclare être pleinement informé(e) du fait que le Groupe APICIL a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçons de blanchiment à Tracfin.**

> **Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente « Déclaration d'origine des fonds » sont exacts et conformes à la réalité.**

Fait le/...../..... à.....

Signature :

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.

POUR QUE VOTRE SOUSCRIPTION SOIT ENREGISTREE

Vous devez retourner **dans un délai maximum de trente (30) jours** à compter de la date de signature du bulletin de souscription les pièces suivantes :

- 1 - Le Bulletin de souscription signé** (sur chacune des pages). Le 3ème feuillet doit être conservé par le souscripteur.
 - 2 - Le chèque** correspondant au montant du versement initial libellé à l'ordre d'**APICIL Assurances**.
 - 3 - Un RIB correspondant au chèque du versement initial**, qui sera utilisé comme référence bancaire pour les futures opérations en ligne. Il pourra, bien entendu, être modifié à tout moment en cours de contrat.
 - 4 - Une photocopie d'une pièce d'identité officielle** en cours de validité (carte d'identité recto verso ou passeport).
 - 5 - Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.**
 - 6 - La déclaration d'origine des fonds** dûment complétée.
- Et, s'il y a lieu :**
- 7 - Le mandat de prélèvement** dûment complété (en cas de versements programmés uniquement).
 - 8 - Le document "Clause bénéficiaire"** dûment complété (en cas de désignation particulière uniquement).
 - 9 - Les justificatifs d'origine des fonds** et toutes pièces complémentaires que se réserve le droit de demander APICIL Assurances.
 - 10 - En cas d'indice d'américanité, le formulaire « Déclaration FATCA » ou en cas de résidence fiscale dans un pays autre que la France et/ou les Etats-Unis le formulaire « RESIDENCES FISCALES (Hors France et Etats-Unis) ».**
 - 11 - Si vous souhaitez opter pour le mode de gestion pilotée ou le mode de gestion déléguée**, vous pouvez joindre dès la souscription les bulletins correspondants dûment complétés et signés.
- Néanmoins **ces modes de gestion ne seront mis en place par l'Assureur qu'à l'issue du délai de renonciation.**

A l'adresse suivante :

Courtage & Systèmes
Tour de Lyon
185 rue de Bercy
75012 Paris

Courtage & Systèmes, société de courtage en assurances –
(n° ORIAS 07 005 596 - www.orias.fr)

Garantie financière et responsabilité civile professionnelle
conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du code des assurances.

SAS au capital de 437 000 euros - RCS Paris n° B 487.925.216

Siège social : Tour de Lyon, 185 rue de Bercy, 75012 PARIS

Votre conseil :

ACTIFINANCES
26 RUE WASHINGTON
75008 PARIS
31046

Déclaration FATCA
(Foreign Account Tax Compliance Act)
Contrat d'assurance-vie ou de capitalisation

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT EN CAS D'INDICE D'AMERICANITE

Le 14 novembre 2013, la France et les Etats Unis ont signé un accord en vue d'améliorer le respect des obligations fiscales à l'échelle internationale et de mettre en œuvre la loi relative au respect des obligations fiscales concernant les comptes étrangers (« Loi FATCA »).

N° de contrat (sauf à la souscription) :

Civilité : Mme M.

Nom : Prénom : Nom de Jeune Fille :

Date de naissance :

Qualité : (co) Souscripteur Bénéficiaire

Les questions suivantes permettent de déterminer si vous avez ou non le statut de personne américaine au sens de la loi américaine « FATCA » :

		OUI	NON
1	Etes-vous né aux Etats-Unis d'Amérique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Etes-vous domicilié aux Etats-Unis d'Amérique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Etes-vous citoyen (nationalité) des Etats-Unis d'Amérique ?	<input type="checkbox"/> Fournir le certificat W9 dûment complété et signé. Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :	<input type="checkbox"/>
4	Etes-vous résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique ?	<input type="checkbox"/> Fournir le certificat W9 dûment complété et signé. Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :	<input type="checkbox"/>
5	Possédez-vous un numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) alors que vous n'êtes pas (<i>plus</i>) citoyen des Etats-Unis d'Amérique, ni résident fiscal des Etats-Unis d'Amérique ?	<input type="checkbox"/> Fournir le certificat W-8BEN dûment complété et signé. Numéro d'identification fiscal américain (TIN ou SSN) :	<input type="checkbox"/>

- Je certifie sur l'honneur que les éléments figurant sur la présente déclaration sont exacts et conformes à la réalité.
- Je m'engage à joindre les formulaires demandés à la présente attestation et autorise l'Assureur à les communiquer à l'administration fiscale française et américaine.
- En cas d'absence ou de refus de réponse ou en l'absence de transmission des documents justificatifs demandés, je suis informé(e) que l'Assureur doit déclarer tous les ans mon contrat aux autorités compétentes.
- Je m'engage à informer l'Assureur en cas de changement de situation pouvant avoir un impact sur les réponses apportées à la présente déclaration.

Fait à le

Signature :
(précédée de la mention « Lu et approuvée »)

Les réponses à cette déclaration sont obligatoires dans le cadre de la réglementation FATCA. Elles sont destinées à l'Assureur et pourront être communiquées à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. 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. 09/2014



