

Barreau / Arr.:	CONTRAT PLCI SOCIALE N°	En vigueur à la date du 1 ^{er} paiement
-----------------	-------------------------	--

MEMBRE

Nom: Prénom:

E-mail: Téléphone:

N° Registre National (OBLIGATOIRE):

											-		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Adresse Professionnelle Privée

Rue: Numéro:

Code postal: Localité:

Profession Avocat Huissier de Justice Autre profession:

Etat civil: CONTRAT: Avec couverture décès Sans couverture décès

BÉNÉFICIAIRE(S) (dans le cadre d'un contrat avec couverture décès)

Le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reçoit(t)(vent), à votre décès avant la mise à la retraite, les avantages constitués au moment du décès. Si vous souhaitez ajouter un ordre à votre liste de bénéficiaires, indiquez-le par un chiffre. **Vous êtes tenu(e) de signaler tout changement dans votre situation familiale ainsi qu'un changement d'adresse.**

Nom:	Nom:	Nom:																																										
Prénom:	Prénom:	Prénom:																																										
N° registre national (obligatoire): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>												-			N° registre national (obligatoire): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>												-			N° registre national (obligatoire): <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>												-		
											-																																	
											-																																	
											-																																	
<input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Enfant																																										
<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire:	<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire:	<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire:																																										
Rue/numéro:	Rue/numéro:	Rue/numéro:																																										
Code postal:	Code postal:	Code postal:																																										
Localité:	Localité:	Localité:																																										
Pays:	Pays:	Pays:																																										
E-mail:	E-mail:	E-mail:																																										
Ordre souhaité:	Ordre souhaité:	Ordre souhaité:																																										

COTISATION entre 1% et 9,40% des revenus professionnels nets imposables indexés de 2022

MONTANT: /an (minimum 1.000,00 €, maximum 4.602,71 €) Profil d'investissement: Selon votre âge (Life cycle)
 Défensif (irrévocable)

PAYABLE À partir de Par mois Par trimestre Par an, au mois de

Convention de pension: par la signature de cette convention par les deux parties le signataire obtient la qualité d'Affilié au sens du Règlement de pension, ainsi que la qualité de membre ordinaire de Celest Pension Fund OFF. Il est par ailleurs inconditionnellement lié et soumis au Règlement de pension (PLCI) et aux Statuts tels qu'approuvés ou tels qu'ils seront approuvés par les organes compétents conformément au Règlement de pension et aux Statuts de Celest Pension Fund OFF.

Fait à le / /

Membre adhérent

Le Directeur Général

Le Président du Comité de Direction

C. VERBEEK

Y. KEVERS