

ÉPARGNE HANDICAP DEMANDE DE RACHAT PARTIEL OU TOTAL PAR VIREMENT BANCAIRE

Réf. Adhésion : _____

1 | JE SOUSSIGNÉ(E)

ADHÉRENT(E) / ASSURÉ(E)

ÉTAT CIVIL

M. M^{me}

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance : _____ Dept.:

Pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CONTACT

Tél. : _____

E-mail : _____

2 | REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) (LE CAS ÉCHÉANT)

ADMINISTRATEUR LÉGAL CURATEUR TUTEUR

M. M^{me}

Nom : _____

Prénom : _____

et M. M^{me}

Nom : _____

Prénom : _____

ou Organisme : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

CONTACT

Tél. : _____

E-mail : _____

2 | JE SOUHAITE

EFFECTUER UN RACHAT PARTIEL⁽¹⁾ DE _____ € OU DU MAXIMUM AUTORISÉ⁽¹⁾

Documents à joindre : Photocopie d'une pièce d'identité de l'adhérent, en cours de validité

Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'adhérent (RIB)

⁽¹⁾ Minimum 150 € par rachat, aucune pénalité, ni frais contractuels. Solde minimum du capital à conserver après rachat : 450 €

EFFECTUER LE RACHAT TOTAL

Documents à joindre : Photocopie d'une pièce d'identité de l'adhérent, en cours de validité

Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'Adhérent (RIB)

Original de la demande d'adhésion valant certificat ou une attestation de perte

Nota : En cas de rachat total, les sommes restant dues au titre d'avance(s), capital et intérêts compris, seront déduites du capital constitué avant règlement par l'assureur.

EFFECTUER DES RACHATS PARTIELS PÉRIODIQUES⁽²⁾ DE _____ €

Périodicité des rachats périodiques : Date d'effet du 1^{er} rachat : le 01 / ____ / _____

Mensuelle

Semestrielle : janvier, juillet

Trimestrielle : janvier, avril, juillet, octobre ;

Annuelle

février, mai, août, novembre ;

mars, juin, septembre, décembre.

Documents à joindre : Photocopie d'une pièce d'identité de l'adhérent, en cours de validité

Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'adhérent (RIB)

⁽²⁾ Les rachats partiels sont possibles pour un minimum de 150 € par rachat et ne supportent aucuns frais contractuels. Il est toutefois nécessaire de laisser subsister un capital disponible de 450 € pour maintenir l'adhésion. Les rachats sont effectués à effet du 1^{er} du mois. Toutefois, en raison des arrêtés comptables de fin d'année, les rachats prévus au 1^{er} janvier sont ordonnancés à effet du 16 décembre de l'exercice précédent.

3 | EN CAS D'IMPOSITION DES PRODUITS (voir dispositions fiscales en vigueur)

J'OPTÉ POUR

la déclaration des produits (plus-values constatées) dans ma déclaration annuelle des revenus (IRPP).

le prélèvement forfaitaire libératoire à la source.

4 | SIGNATURE(S)

Fait à : _____, le :

Adhérent(e) / Assuré(e)

Représentant(s) / légal(aux)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. En vertu de la Loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 16 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent(e) peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur un fichier à l'usage d'ASAC-FAPES et d'Allianz, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse d'ASAC-FAPES figurant ci-dessus.

ASAC-FAPES est une marque de Fapes Diffusion, 31 rue des Colonnes du Trône - 75012 Paris — SAS au capital social de 2 688 393€ — RCS Paris B421 040 544 — Enregistrée auprès de l'ORIAS n° 07 000 759 (www.orias.fr) en qualité de courtier en assurance (catégorie B au titre de l'article L520-1 II du Code des assurances), de courtier en opérations de banque et services de paiement et de mandataire non exclusif en opérations de banque et services de paiement — Service réclamation : 31 rue des colonnes du trône 75012 Paris - E : reclamation@asac-fapes.fr Tél : 01 44 67 25 90 numéro de téléphone non surtaxé — Placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitebout - 75436 Paris Cedex 09..