

DEMANDE DE RACHAT PARTIEL PARTIELS PROGRAMMÉS - TOTAL

Réf. Adhésion : _____

1 | JE SOUSSIGNÉ(E)

ADHÉRENT / ASSURÉ

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 : _____

CO-ADHÉRENT / CO-ASSURÉ

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 | JE SOUHAITE

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHAT PARTIEL ⁽¹⁾

de : _____ €

ou du maximum autorisé ⁽¹⁾

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

mettre en place un plan de rachats réguliers

modifier le plan de rachats programmés en cours

montant : _____ € (150 € minimum)

Périodicité des rachat partiels programmés

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Prendre en compte un nouvel organisme financier (joindre votre nouveau RIB)

INTERROMPRE LE PLAN DE RACHATS PROGRAMMÉS
SUR L'ADHÉSION EN RÉFÉRENCE

EFFECTUER UNE DEMANDE DE RACHAT TOTAL

Documents à joindre* :

L'original des conditions particulières

Photocopie d'une pièce d'identité de l'adhérent, en cours de validité

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

*Pour les non-résidents fiscaux français : un justificatif du domicile fiscal, et toute pièce nécessaire pour l'application de la législation fiscale en vigueur

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, solde minimum du capital à conserver après rachat : 450 € et 450 € par support.

L'opération est effectuée au prorata du capital constitué sur chacun des supports (sauf demande expresse).

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.

L'opération sera effectuée par virement bancaire (exclusivement sur un compte au nom de l'affilié)

EN CAS D'IMPOSITION DES PRODUITS

Déclaration des produits (plus-values constatées)
dans ma déclaration d'impôt sur le revenu.

Prélèvement forfaitaire libératoire à la source.

Quelle que soit l'option choisie, les prélèvements sociaux seront directement prélevés par l'assureur. En cas d'absence de réponse à cette question, les produits seront automatiquement à intégrer à votre déclaration annuelle de revenus et soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu.

3 | SIGNATURE(S)

Fait à : _____, le :

Adhérent / Assuré

Co-Adhérent / Co-Assuré

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 Taibout - 75436 Paris Cedex 09.