

mes-placementsVie

Contrat individuel d'assurance sur la vie libellé
en unités de compte et/ou en euros

BULLETIN DE RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

CODES PRODUITS :
Durée Viagère : P5461
Durée Déterminée : P5462

Une question, une hésitation ?

Appelez-nous au 01 47 20 92 36

NUMERO DU CONTRAT : | | | | | | | | | | | | | | | |

SOUSCRIPTEUR / ASSURÉ

Je soussigné(e) M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : | | | | | | | | | |

A : _____ Dépt : _____

CO-SOUSCRIPTEUR / CO-ASSURÉ

Je soussigné(e) M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : | | | | | | | | | |

A : _____ Dépt : _____

RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

(Attention, vous ne pouvez pas mettre en place de Rachats Partiels Programmés si vous avez déjà opté pour les options Arbitrages programmés, Dynamisation des plus-values, Versements libres programmés ou Sécurisation des plus-values).

Je souhaite mettre en place des **Rachats partiels programmés**. (Je joins un RIB, un RIP ou un RICE)

Dans ce cas, la valeur atteinte sur le fonds en euros doit au moins être égale à 5 000 euros.

Jopte pour la périodicité et le montant suivants :

Mensuelle : _____ € (minimum 150 euros)

Semestrielle : _____ € (minimum 500 euros)

Trimestrielle : _____ € (minimum 300 euros)

Annuelle : _____ € (minimum 500 euros)

Je choisis l'option fiscale : Prélèvement libératoire forfaitaire

Déclaration des plus-values dans le revenu imposable

Je modifie mes rachats partiels programmés : nouveau montant et/ou nouvelle périodicité des rachats (je remplis les caractéristiques ci-dessus)

Je suspends mes rachats partiels programmés. Ceux-ci pourront reprendre le ____ / ____ / ____

SIGNATURES

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 e-cie vie - 11 boulevard Haussmann - 75311 Paris Cedex 09 - Tél. 01 58 38 28 00. Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement de mon dossier. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de mon contrat, notamment à mon Courtier. Par la signature de ce document, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

Fait à : _____, le : _____

Signature(s) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Souscripteur / Assuré

Co-Souscripteur / Co-Assuré