

mes-placementsVie

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

**BULLETIN D'AVANCE
REMBOURSEMENT D'AVANCE**

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 : _____

AVANCE

En cas de demande d'avance, les options suivantes : Sécurisation des plus-values, Dynamisation des plus-values, Versements libres programmés et Rachats Partiels Programmés, si elles sont souscrites, seront suspendues. Vous pourrez, après avoir procédé au remboursement de votre avance, et dès que les conditions de souscription seront de nouveau réunies, demander leur remise en place.

Je demande une **avance** de : _____ € (Minimum : 2 000 € et maximum 60 % de la valeur atteinte du contrat au jour de la demande) et déclare avoir pris connaissance du règlement général des avances dont je vous retourne ci-joint un exemplaire signé et daté.

Mode de règlement : Virement sur le compte du Souscripteur (joindre un RIB, un RIP ou un RICE)
 Chèque

REMBOURSEMENT TOTAL OU PARTIEL D'UNE AVANCE

Jeffectue un remboursement d'avance : Total Partiel

Je rembourse la somme de : _____ €

- par virement (joindre obligatoirement une copie de l'ordre de virement) sur le compte de **e-cie vie**
- par chèque ci-joint N° _____ établie exclusivement à l'ordre de **e-cie vie** et tiré sur le compte du Souscripteur ouvert auprès de la banque : _____

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