mes-placementsVie

Mes Placements Vie
9 avenue Percier - 75008 PARIS

Une question, une hésitation ?

Appelez-nous au 01 47 20 92 36

mes-placementsVie

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

BULLETIN DE RACHAT TOTAL / PARTIEL

e-cie vie
Société anonyme au capital de 47 362 780 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 440 315 612 RCS Paris
Siège social : 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris

CODES PRODUITS :
Durée Viagère : P5461
Durée Déterminée : P5462

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 : _____

RACHAT TOTAL / RACHAT PARTIEL

☐ Je souhaite effectuer un **Rachat Total** *(joindre l'original de tout document contractuel : Conditions Particulières, avenants éventuels et la copie d'une pièce d'identité officielle, datée et signée par le Souscripteur).*

☐ Je souhaite effectuer un **Rachat partiel** d'un montant de : _____ € *(minimum 1 000 €) et solde minimum après rachat partiel de 1 000 €* sur les supports suivants :

	Minimum 50 € par support
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €
TOTAL :	_____ €

Je choisis l'option fiscale :
☐ Déclaration des plus-values dans le revenu imposable
☐ Prélèvement libératoire, dans ce cas, le rachat est : ☐ Brut ☐ Net de prélèvement libératoire

Mode de règlement :
☐ Par chèque
☐ Par virement sur le compte du Souscripteur *(joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE)*

ATTENTION La réalisation d'un rachat partiel entraine automatiquement l'arrêt des options Arbitrages Programmés , Sécurisation des plus-values et Dynamisation des plus-values.

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

WBxxxxA - Décembre 2007 - Gestion des Imprimés