

Assurance vie / Capitalisation

Rachat partiel ou total - Personnes physiques

A compléter par l'adhérent/souscripteur

Il est impératif de contacter votre courtier **avant** de compléter le présent document. Celui-ci sera en mesure de vous accompagner sur cette opération.

Contrat : _____ N° : _____ Date d'effet : ____/____/____

1. Informations relatives à l'adhérent/souscripteur

M. Mme Mlle

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Nationalité : _____ Pays de naissance : _____

Né(e) le : ____/____/____ à : _____ Code postal : [][][][][][]

Statut fiscal : Résident Non résident

Adresse fiscale : _____ Adresse courrier _____
(si différente de l'adresse fiscale) : _____

Code postal : [][][][][][] Code postal : [][][][][][]

Ville : _____ Ville : _____

Pays de résidence fiscale : _____ Pays : _____

Situation professionnelle : Salarié Indépendant Retraité Sans activité Autre, préciser : _____

Profession : _____ Secteur d'activité : _____

Employeur : _____ Pays dans lequel vous avez des activités économiques : _____

Si retraité(e) : _____

Dernière profession : _____ Dernier secteur d'activité : _____

Personne politiquement exposée

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative pour le compte de l'État français ou d'un autre Etat, ou d'une organisation internationale ou une fonction de gouvernance au sein d'une entreprise publique ?

Oui Non

Si oui, quelle fonction : _____ Dans quel pays : _____

Depuis le : ____/____/____ Jusqu'au : ____/____/____
(dans l'hypothèse où la fonction n'est plus exercée)

Une personne de votre famille exerce-t-elle ou a-t-elle exercé une telle fonction ? Oui Non

Si oui : _____ Quel est le lien qui vous relie à cette personne : _____

Nom et Prénom de cette personne : _____

Quelle fonction : _____ Dans quel pays : _____

Depuis le : ____/____/____ Jusqu'au : ____/____/____
(dans l'hypothèse où la fonction n'est plus exercée)

Vous vous engagez à nous informer de tout changement relatif à cette situation.

Revenus et patrimoine

Montant de vos revenus bruts annuels : _____ € Montant estimé de votre patrimoine : _____ €

Répartition de vos revenus :	<input type="checkbox"/> Salaires _____ %	Répartition de votre patrimoine :	<input type="checkbox"/> Immobilier _____ %
<input type="checkbox"/> Pensions _____ %	<input type="checkbox"/> Actifs financiers et Assurance vie _____ %	<input type="checkbox"/> Participations _____ %	<input type="checkbox"/> Objets d'art _____ %
<input type="checkbox"/> Revenus fonciers _____ %	<input type="checkbox"/> Revenus financiers _____ %	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ %	
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ %			

En cas de revenus fonciers, détenez-vous plus de deux biens immobiliers en location ? Oui Non

Origine de votre patrimoine : Héritage Plus-values immobilières
 Donation Plus-values financières
 Cession d'entreprise Autres (préciser)

Assurance vie / Capitalisation

Rachat partiel ou total - Personnes physiques

A compléter par le co-adhérent/co-souscripteur

Il est impératif de contacter votre courtier **avant** de compléter le présent document. Celui-ci sera en mesure de vous accompagner sur cette opération.

Contrat : _____ N° : _____ Date d'effet : ____/____/____

2. Informations relatives au co-adhérent/co-souscripteur

M. Mme Mlle

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Nationalité : _____ Pays de naissance : _____

Né(e) le : ____/____/____ à : _____ Code postal : [][][][][][]

Statut fiscal : Résident Non résident

Adresse fiscale : _____ Adresse courrier : _____
(si différente de l'adresse fiscale) : _____

Code postal : [][][][][][] Code postal : [][][][][][]

Ville : _____ Ville : _____

Pays de résidence fiscale : _____ Pays : _____

Situation professionnelle : Salarié Indépendant Retraité Sans activité Autre, préciser : _____

Profession : _____ Secteur d'activité : _____

Employeur : _____ Pays dans lequel vous avez des activités économiques : _____

Si retraité(e) : _____

Dernière profession : _____ Dernier secteur d'activité : _____

Personne politiquement exposée

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative pour le compte de l'État français ou d'un autre Etat, ou d'une organisation internationale ou une fonction de gouvernance au sein d'une entreprise publique ?

Oui Non

Si oui, quelle fonction : _____ Dans quel pays : _____

Depuis le : ____/____/____ Jusqu'au : ____/____/____
(dans l'hypothèse où la fonction n'est plus exercée)

Une personne de votre famille exerce-t-elle ou a-t-elle exercé une telle fonction ? Oui Non

Si oui : _____

Nom et Prénom de cette personne : _____ Quel est le lien qui vous relie à cette personne : _____

Quelle fonction : _____ Dans quel pays : _____

Depuis le : ____/____/____ Jusqu'au : ____/____/____
(dans l'hypothèse où la fonction n'est plus exercée)

Vous vous engagez à nous informer de tout changement relatif à cette situation.

Revenus et patrimoine

Montant de vos revenus bruts annuels : _____ € Montant estimé de votre patrimoine : _____ €

Répartition de vos revenus :	<input type="checkbox"/> Salaires _____ %	Répartition de votre patrimoine :	<input type="checkbox"/> Immobilier _____ %
<input type="checkbox"/> Pensions _____ %	<input type="checkbox"/> Revenus fonciers _____ %	<input type="checkbox"/> Actifs financiers et Assurance vie _____ %	<input type="checkbox"/> Participations _____ %
<input type="checkbox"/> Revenus financiers _____ %	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ %	<input type="checkbox"/> Objets d'art _____ %	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) _____ %

En cas de revenus fonciers, détenez-vous plus de deux biens immobiliers en location ? Oui Non

Origine de votre patrimoine : Héritage Plus-values immobilières
 Donation Plus-values financières
 Cession d'entreprise Autres (préciser)

Assurance vie / Capitalisation

Rachat partiel ou total - Personnes physiques

Contrat : _____ N° : _____ Date d'effet : ____ / ____ / ____

3. Modalité de l'opération (en présence d'une avance, le rachat vient en priorité rembourser cette avance)

 Rachat total (joindre l'original du certificat d'adhésion ou des conditions particulières)

 Rachat partiel, d'un montant de _____ € brut net de prélèvements fiscaux et sociaux

Destination des fonds (à préciser obligatoirement)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Remboursement d'un prêt | <input type="checkbox"/> Donation | <input type="checkbox"/> Acquisition immobilière |
| <input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance | <input type="checkbox"/> Paiement des droits de succession | |
| <input type="checkbox"/> Paiement des impôts | <input type="checkbox"/> Souscription d'un contrat d'assurance vie | |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser obligatoirement) _____ | | |

Option fiscale (Option irrévocable et ne vaut que pour les produits des primes versées avant le 27/09/2017)

Une fiche récapitulative portant sur la fiscalité en cas de rachat est disponible sur le site internet de la compagnie.

-
- Prélèvement libératoire
-
- Déclaration au titre de l'I.R.

Pour les produits des primes versées depuis le 27/09/2017, le Prélèvement Forfaitaire Obligatoire s'applique.

Mode de règlement

 Obligatoirement par virement (**joindre un RIB/IBAN de compte courant au nom du ou des adhérent(s)/souscripteur(s)**)

Répartition du rachat partiel

-
- Proportionnellement à l'épargne investie sur chacun des compartiments et des supports des compartiments en euros et classique (à éviter en cas d'investissement sur des SCPI et/ou des produits structurés)
-
-
- Selon la répartition suivante :

Compartiments	Répartition en %
en Euros : support Euro	%
support EuroDyn	%
Classique en gestion libre (tableau de répartition ci-dessous à compléter)	%
Classique sous mandat	%
Personnalisé sous mandat	%
Personnalisé en gestion libre (tableau de répartition ci-après à compléter sauf en cas de gestion conseillée)	%
Autre compartiment personnalisé	%
TOTAL	100 %

Assurance vie / Capitalisation**Rachat partiel ou total - Personnes physiques**

Contrat : _____ N° : _____ Date d'effet : ____ / ____ / ____

4. Signature(s)*(Signature(s) à faire précéder des nom, prénom et qualité)*En cas de co-adhésion/co-souscription, la fiche "Informations relatives au co-adhérent/co-souscripteur" doit obligatoirement être complétée par le co-adhérent/co-souscripteur.

Fait en 1 exemplaire, à _____, le _____

Signature de l'adhérent/souscripteur

"Je certifie l'exactitude des informations recueillies sur cette fiche"

Signature du co-adhérent/co-souscripteur

"Je certifie l'exactitude des informations recueillies sur cette fiche"

Traitement des données personnelles

Conformément à la réglementation sur la protection des données, mes données personnelles sont traitées et détenues par Neuflize Vie en tant que Responsable de Traitement. Ces traitements ont pour finalité notamment la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance vie, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont les collaborateurs de Neuflize Vie, les intermédiaires d'assurance et leurs prestataires, les réassureurs, les autres entités du Groupe ABN AMRO, les organismes professionnels habilités et prestataires dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion ou l'exécution du contrat. Les destinataires de ces données peuvent être dans certains cas situés en dehors de l'Union Européenne. La liste de ces destinataires peut être communiquée sur demande. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification de mes données et, dans certains cas, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement. Je peux exercer mes droits auprès du Correspondant à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse électronique cnil.neuflizevie@fr.abnamro.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : Groupe Neuflize OBC - 119-121 boulevard Haussmann 75008 Paris. L'information complète sur le traitement de mes données personnelles, dont mes droits et leurs modalités d'exercice, figure dans la notice/les conditions générales.