

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 : _____

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 : Salaires _____ % Pensions _____ % Revenus fonciers _____ % Revenus financiers _____ % Autres (préciser) _____ %
Répartition de votre patrimoine : Immobilier _____ % Actifs financiers et Assurance vie _____ % Participations _____ % Objets d'art _____ % Autres (préciser) _____ %En cas de revenus fonciers, détenez-vous plus de deux biens immobiliers en location ? Oui NonOrigine de votre patrimoine : Héritage Plus-values immobilières Versement de dividende
 Donation Plus-values financières Autres (préciser)
 Cession d'entreprise Rémunération à titre de salarié

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 résidentAdresse 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 : Salaires _____ % Pensions _____ % Revenus fonciers _____ % Revenus financiers _____ % Autres (préciser) _____ %
Répartition de votre patrimoine : Immobilier _____ % Actifs financiers et Assurance vie _____ % Participations _____ % Objets d'art _____ % Autres (préciser) _____ %En cas de revenus fonciers, détenez-vous plus de deux biens immobiliers en location ? Oui NonOrigine de votre patrimoine : Héritage Plus-values immobilières Versement de dividende
 Donation Plus-values financières Autres (préciser)
 Cession d'entreprise Rémunération à titre de salarié

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
L'épargne après rachat doit être au minimum de 2 000 €. A défaut, Neuflize Vie procédera au rachat total de l'adhésion/contrat et non à son rachat partiel.**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))

IBAN []

Destination des fonds (à préciser obligatoirement)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Remboursement d'un prêt | <input type="checkbox"/> Souscription d'un contrat d'assurance vie | <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"/> Donation/Don manuel/Prêt/Présent d'usage (*) | | |
| Pour qui ? Nom et Prénom _____ Lien _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser obligatoirement) _____ | | |

(*) Dans le cadre de cette destination des fonds, un justificatif devra être obligatoirement transmis par l'adhérent / souscripteur.

Répartition du rachat partiel

-
- Proportionnellement à l'épargne investie sur chacun des compartiments et des supports du compartiment 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	%
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 : ____ / ____ / ____

Répartition au sein du compartiment classique en gestion libre

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

Nom de l'unité de compte	Code ISIN	Répartition en %
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
TOTAL		100 %

Assurance vie / Capitalisation

Rachat partiel ou total - Personnes physiques

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

Répartition au sein du compartiment personnalisé en gestion libre

(Ne pas compléter en cas de Gestion Conseillée)

Nom de l'unité de compte	Code ISIN	Répartition en %
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
TOTAL		100 %

NB : Un désinvestissement partiel sur une unité de compte doit représenter au moins 4 000 € et au moins une unité de compte. Un désinvestissement entraînant un solde résiduel inférieur à 1 000 € sur une unité de compte pourra être considéré par l'assureur comme un désinvestissement total de cette unité de compte.

Je reconnais avoir reçu le conseil de diversifier mes investissements de façon à ce qu'aucune unité de compte (hormis celles constituées d'un Organisme de Placement Collectif) n'exède 20 % de l'épargne totale.

Rappel des conditions spécifiques de désinvestissement du compartiment personnalisé en gestion libre :

- ▶ L'assureur convertira chaque désinvestissement demandé en un nombre entier d'unités de compte, le montant résiduel après exécution étant affecté ou prélevé sur le support Hoche Court Terme.
- ▶ L'assureur pourra refuser une demande de rachat qui aurait pour conséquence de laisser un montant inférieur à 50 000 € investi dans le compartiment personnalisé. L'assureur informera de l'éventuelle non prise en compte de la demande.

Mars 2025

Assurance vie / Capitalisation

Rachat partiel ou total - Personnes physiques

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

Des frais sont prélevés à chaque désinvestissement en unités de compte dans le compartiment personnalisé. Ils varient en fonction du type de support conformément aux conditions contractuelles.

4. Signature(s)

(Signature(s) à faire précéder des nom et prénom)

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

Les informations recueillies sont nécessaires à l'Assureur pour réaliser et exécuter les opérations, ainsi que pour les finalités mentionnées au sein de l'article « Informatique et Libertés » des dispositions contractuelles. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait, à la portabilité, ainsi que votre droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, en vous adressant au Délégué à la protection des données (DPO) de l'Assureur par courrier postal ou électronique à l'adresse suivante : BNP Paribas CARDIF - DPO - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex - France, ou data.protection@cardif.com.

L'information complète sur le traitement de vos données personnelles, dont vos droits et leurs modalités d'exercice, figure dans la notice / les conditions générales.