

VERSEMENT LIBRE

VERSEMENT ISSU D'UN TRANSFERT

VERSEMENTS PROGRAMMÉS

SURAVENIR PER

PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE INDIVIDUEL - CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE DE TYPE MULTISUPPORT N° 2240
DONT L'EXECUTION EST LIÉE A LA CESSATION D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

L'original de ce bulletin doit impérativement être adressé à l'assureur à l'adresse suivante : Suravenir - Service Gestion Vie - TSA 20004 - 35917
Rennes Cedex 9 ou assistance-vie@suravenir.fr.

Si votre demande est envoyée par Chronopost, DHL ou TNT, veuillez utiliser l'adresse suivante : Suravenir - Service Gestion Vie - 232 rue Général
Paulet - BP103 - 29802 Brest Cedex 9.

CONTRAT

Le soussigné, ci-après désigné adhérent, demande à effectuer l'opération suivante sur son contrat.

Nom du contrat : _____ Numéro du contrat : _____

ADHÉRENT

Monsieur Madame

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____ Pays : _____

Date de naissance : ____/____/____ Département de naissance : |_|_|_|_|

Ville/Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Email : _____

DEMANDE DE VERSEMENT LIBRE OU ISSU D'UN TRANSFERT EN ENTRÉE

MONTANT

Montant: _____ € sans frais (minimum 1 000,00 €)

Le régime fiscal choisi à l'adhésion pour le versement initial s'appliquera au versement libre.

Réglé par :

Ne pas remplir si votre demande concerne un versement issu d'un transfert.

- chèque (libellé à l'ordre exclusif de Suravenir)
 prélèvement sur mon compte bancaire (veuillez compléter, par ailleurs, le mandat de prélèvement SEPA ci-joint et joindre un relevé d'identité bancaire)
 virement (Compte Crédit Mutuel Arkéa – IBAN : FR76 1558 9297 5300 1566 2464 066 // BIC : CMBFR2BARK)

ORIGINE DES FONDS

- Héritage / donation Cession de bien Vente d'actifs immobiliers Épargne déjà constituée
 Capitaux activité professionnelle Gains aux jeux Indemnisation / dommages intérêts

Pour les montants supérieurs ou égaux à 150 000,00 €, merci de joindre un justificatif.

DEMANDE DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

Veuillez joindre impérativement un relevé d'identité bancaire sur lequel apparaissent les codes IBAN et BIC (ou SWIFT) du compte bancaire à débiter à votre nom et le mandat de prélèvement ci-joint complété. En l'absence de ces deux pièces, votre demande de versements programmés ne pourra être traitée.

TYPE D'OPÉRATION

- Mise en place
 Modification (annule et remplace les choix précédents sur cette option. Merci de compléter l'intégralité des champs ci-après.)
 Suppression

MONTANT

Montant: _____ € sans frais

FRÉQUENCE

- Mensuelle (minimum 100,00 €)
 Trimestrielle (minimum 300,00 €)
 Semestrielle (minimum 600,00 €)
 Annuelle (minimum 1 000,00 €)
 Je choisis un ajustement annuel du montant de mes versements programmés

DATE DE VERSEMENT

Date souhaitée pour le premier versement ⁽¹⁾ :

- 1^{er}
 8
 20
 Dernier jour du mois/trimestre/semestre/année

