



Contrat individuel d'assurance-vie libellé en unités de compte et/ou en euros
BULLETIN DE RACHAT TOTAL / PARTIEL / PROGRAMME

Numéro du Contrat : _____

Identité (données obligatoires)

Souscripteur/Assuré

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Co-souscripteur/Co-assuré

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Demande de rachat

Je souhaite effectuer un rachat total

Je souhaite effectuer un rachat partiel pour un montant de : _____ € (minimum 500€)

Je souhaite mettre en place des rachats partiels programmés d'un montant de _____ € (minimum 150€) avec une périodicité Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Supports concernés ou répartition des rachats partiels programmés

Le montant des rachats partiels doivent respecter les minima du produit, indiqués dans les conditions générales

Supports		En %	En €
Libellé	Code ISIN		
TOTAL		100%	€

Je choisis l'option fiscale suivante : (Axéria vie applique le prélèvement sur le montant brut correspondant)

Déclaration des plus-values dans le revenu imposable (appliqué par défaut)

Prélèvement libératoire forfaitaire

Mode de règlement :

Par chèque (uniquement pour les rachats ponctuels)

Par virement sur le compte du Souscripteur (joindre obligatoirement un RIB, RIP ou RICE)

Mon rachat, ou l'ensemble de mes rachats et avances sur le contrat, est supérieur à 150 000 euros. Dans le cadre de la loi n°90 - 614 du 12/07/1990, je précise le motif de mes opérations : _____

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 Axéria Vie - 33 rue de Châteaudun - 75009 Paris Cedex. 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) précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Souscripteur/Assuré*	Co-souscripteur/Co-assuré (le cas échéant)*	Bénéficiaire acceptant*
----------------------	---	-------------------------

*En cas de co-souscription, les assurés déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du (des) bénéficiaires, rachats, avances, arbitrages) liées à ce contrat est soumis à leur co-signature.

*Signature indispensable pour les contrats d'assurance vie dont le bénéficiaire en cas de décès a accepté sa désignation, en tant que bénéficiaire, pour toute demande de rachat, d'avance ou de modification de bénéficiaire.

