

LA VIE DE VOTRE SAGERETRAITE

Ce document a été conçu pour vous faciliter les formalités dans la gestion de votre contrat d'assurance vie.

Nous vous remercions de bien vouloir le compléter lorsqu'une modification intervient et de l'adresser à la

Sagevie, 56 rue Violet 75724 Paris cedex 15.

Un nouvel exemplaire vous sera automatiquement envoyé.

Vos coordonnées

(à remplir obligatoirement)

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom et Prénoms

Nom de jeune fille

Né(e) le (date) à : pays

Si la naissance a eu lieu en France, indiquer :

département et commune

Souscripteur n° Contrat ou plan d'épargne n°

agissant en qualité de Adhérent **et** assuré Adhérent Assuré (titulaire du droit de retrait)

Numéro de téléphone (de 8 h à 18 h)

Vous changez d'adresse

Nouvelle adresse

Rue

Code Postal Localité

Numéro de téléphone

Vous désirez effectuer un rachat sur votre compte

Le règlement sera exécuté dans le délai maximum de 15 jours suivant le calcul du rachat.

RAPPEL :
Avant 10 ans, tout rachat sur un PEP entraîne la perte de son enveloppe fiscale PEP.
Après 10 ans, un rachat interdit tout versement ultérieur.

- Je souhaite effectuer un rachat
- partiel**, pour un montant de €. (750 €. minimum)
L'épargne acquise après rachat sur le contrat ne pourra être inférieure à 750 €.
- total**
L'épargne acquise est intégralement restituée et il est mis fin au contrat.
(je joins à la présente mon certificat d'adhésion)


Mode de versement Chèque bancaire Virement
(ci-joint un relevé d'identité bancaire ou postal)

Choix d'imposition du rachat (total ou partiel)

A remplir obligatoirement

- Réintégration de la plus-value dans le revenu imposable
- Prélèvement libératoire
- Exonération en raison de cas de force majeure (uniquement en cas de rachat total).

Motif à préciser obligatoirement :

- Domicile fiscal hors de France
- J'atteste sur l'honneur avoir mon domicile fiscal hors de France, au sens de l'article 4B du Code général des impôts.
- Je joins également un certificat de résidence ou d'imposition de mon pays de résidence. 

Vous désirez changer de bénéficiaire

En cas de décès de l'assuré, les capitaux dus seront versés au profit :

du conjoint de l'assuré, à défaut des enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut des héritiers de l'assuré

(clause type)

PRECISION : Attention, en matière de clause bénéficiaire, la discrétion est de règle. En effet, le bénéficiaire en cas de décès peut accepter le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Sagévie ou en le précisant expressément sur le bulletin d'adhésion. Il ne sera alors possible de modifier la clause bénéficiaire ultérieurement et d'effectuer les opérations de retraits ou d'avance qu'avec l'accord conjoint de l'assuré et du (ou des) bénéficiaire(s) acceptant(s).

Vous désirez mettre en place un programme de versement sur votre compte

Je souhaite mettre en place un programme de versements d'un montant de : _____ €.

payables chaque année (minimum 750 euros) semestre (minimum 375 euros)

trimestre (minimum 225 euros) mois (minimum 150 euros et **uniquement pour Sagétraite 2**)

Date du prochain prélèvement : _____

Les versements programmés ne pouvant être effectués que par prélèvement automatique, merci de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal ainsi que l'autorisation de prélèvement au nom de l'adhérent.

Autres demandes

Avance

Rente

Autres cas (à préciser)

une demande spécifique vous sera adressée à réception de ce document

Vous modifiez vos références bancaires

Joindre un RIB et remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous.



Fait à _____ le _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

SIGNATURE DE L'ASSURÉ*

* la signature de l'assuré est obligatoire pour un rachat ou en cas de changement de bénéficiaire(s)



SOCIÉTÉ ANONYME GÉNÉRALE D'ASSURANCE SUR LA VIE - 56 rue Violet - 75724 Paris cedex 15 - Téléphone 01 40 59 70 00
ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES - SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 7 700 000 €. RCS PARIS B 351 109 137- <http://www.smabtp.fr>

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

la SAGEVIE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la SAGEVIE.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par

N° national d'émetteur

384 623

Retourner cette autorisation de prélèvement en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire, postal ou de Caisse d'épargne.

Nom, prénom et adresse du débiteur _____
M. Mme, Mlle _____

Organisme créancier
SAGEVIE
56 rue Violet
75724 Paris cedex 15

Compte à débiter

Code établissement Code guichet

N° de compte Clé RIB

Nom et adresse postale de l'établissement teneur de compte à débiter

Date

Signature