ACMN VIE
S.A. d'assurances sur la vie
au capital de 196 436 820 €
Entreprise régie par le Code des assurances
173 Bd Haussmann 75008 PARIS
Siren 412 257 420 R.C.S. Paris

MonFinancier.com
SSociété de courtage d'assurances
N° ORIAS 07 031 613
SARL au capital de 10 000 € - Siren 494 162 233 RCS Rennes
4, rue Beaumanoir - 35000 Rennes
www.monfinancier.com

DEMANDE DE VERSEMENTS PROGRAMMÉS

MONFINANCIER LIBERTÉ VIE

Contrat individuel d'assurance sur la vie en euros et en unités de compte, souscrit auprès d'ACMN VIE.
Contrat régi par le Code des assurances et relevant des branches 20 et 22 de l'article R.321-1 du même code

N° Contrat : __________ N° Client : M F __________

SOUSCRIPTEUR - ASSURÉ*

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom

Prénom

En cas de changement de domicile, précisez votre nouvelle adresse (<u>merci de joindre un justificatif de domicile de moins de trois mois</u>).

N° Rue

Code postal Ville

VERSEMENTS PROGRAMMÉS*

☐ Mise en place ou ☐ Modification

☐ Arrêt ou ☐ Report

☐ Montant __________ , ____ € (Frais 0%)

☐ par mois (Min. 75 €) ☐ par trimestre (Min. 225 €) ☐ par semestre (Min. 450 €) ☐ par an (Min. 900 €)

A compter du : ☐ 0 5 | __ | ____ ☐ 2 0 | __ | ____

<u>Remplir la demande et autorisation de prélèvement et joindre un RIB</u>

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, notamment si le montant de l'opération ou le cumul des versements des 12 derniers mois, sur le(s) contrat(s), est supérieur ou égal à 150 000 euros, il convient de remplir le formulaire **« Demande de renseignements complémentaires »** et de le joindre, accompagné des justificatifs probants, à la présente demande.

(*) cochez la case correspondant à votre choix

RÉPARTITION DES VERSEMENTS

Complétez le tableau de ventilation ci-après.

VENTILATION ENTRE LES SUPPORTS

NOM DU FONDS/SUPPORT	CODE ISIN	Répartition en %
Internet Opportunités	Fonds en euros	
Sélection Rendement	Fonds en euros	
Total		**100%**

Les versements programmés peuvent remettre en cause le(s) options(s) d'arbitrages automatiques si elles existent sur votre contrat. Si vous souhaitez effectuer une modification de votre (vos) options, merci d'utiliser le(s) formulaire(s) adéquat(s).

Le souscripteur reconnaît être conscient que les supports financiers du contrat sont exposés aux fluctuations des marchés financiers.
Il est précisé que l'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur, et que celle-ci, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

☐ **En cochant cette case, le souscripteur reconnaît avoir reçu et pris connaissance des caractéristiques principales (ou prospectus simplifiés) des supports en unités de compte choisis.**

Afin d'enregistrer votre demande, il est indispensable de cocher la case ci-contre.

Fait à ..... **., le** .....
en deux exemplaires dont un m'a été remis.

1er exemplaire : ACMN VIE
2ème exemplaire : Souscripteur

Signature du souscripteur précédée de la mention "Lu et approuvé"

Photocopier puis retourner l'original à :
MONFINANCIER
4, rue Beaumanoir - 35000 RENNES

Le souscripteur / assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage d'ACMN VIE, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social d'ACMN VIE (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).