

Rachat partiel - Rachats partiels programmés - Rachat total (suite)

Je mets fin à mes rachats partiels programmés

J'effectue un rachat total

Mode de règlement : Par virement (joindre obligatoirement un RIB)

Motif du rachat (partiel ou total) _____

Fiscalité

Option fiscale sélectionnée

Je suis résident fiscal en France :

1. Pour les primes versées avant le 27 septembre 2017, je choisis l'option fiscale suivante* :

Déclaration des produits dans le revenu imposable

Prélèvement forfaitaire libératoire (PFL)

Je précise que le montant à désinvestir est brut ou net

2. Pour les primes versées à compter du 27 septembre 2017 :

Les produits sont soumis à un prélèvement forfaitaire obligatoire (PFO). Aucune option fiscale ne peut être sélectionnée au moment du règlement de ces produits.

Je précise que le montant à désinvestir est brut ou net

* sauf application d'un régime particulier d'exonération ou d'une enveloppe fiscale spécifique

Je ne suis pas résident fiscal en France :

Dans le cadre d'un rachat partiel ou total (hors rachats partiels programmés), veuillez préciser votre choix :

Je souhaite bénéficier de l'application de la convention fiscale internationale, s'il en existe une et sous réserve des conditions d'application de celle-ci.

Je ne souhaite pas bénéficier de l'application de la convention fiscale internationale ou il n'en existe pas.

Signature(s)

Fait à _____,

le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature
du Souscripteur/de l'Adhérent

Signature
du Co-Souscripteur/du Co-Adhérent

Données personnelles du Souscripteur/de l'Adhérent :

Pour toute information sur le traitement des données du Souscripteur/de l'Adhérent et sur ses droits, Generali Vie l'invite à consulter l'annexe « Information sur le traitement de vos données personnelles/des données personnelles de l'Adhérent » figurant dans la Note/Notice d'information valant Conditions générales du contrat ou sur le site : www.generalivie.fr/donnees-personnelles/information-clientsEP.

Numéro du contrat/de l'adhésion _____

Nom du Souscripteur/de l'Adhérent _____

Prénom du Souscripteur/de l'Adhérent _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom du Co-Souscripteur/Co-Adhérent _____

Prénom du Co-Souscripteur/Co-Adhérent _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} page comporte la signature du (des) Souscripteur(s)/Adhérent(s).
L'ensemble du document a été réalisé et complété en une version,
imprimée et remise en trois exemplaires identiques.



* 0 1 3 8 6 *

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Courtier/Intermédiaire d'assurance - 3^{ème} exemplaire : Souscripteur(s)/Adhérent(s)

2/2