

A retourner à :
Aviva Vie
 TSA 72710 - 92895 Nanterre Cedex 9



Adhésion n°

3 car. Nom Client

MODQT

Aviva Epargne Plurielle

DEMANDE DE MISE EN PLACE, MODIFICATION OU REPRISE DES PRELEVEMENTS AVIVA EPARGNE PLURIELLE

ADHÉRENT : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom : Autres prénoms :
(premier prénom figurant sur la pièce d'identité présentée) (figurant sur la pièce d'identité présentée)

Nom de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse fiscale (si différente du domicile) :

Code postal : Ville :

Tél. perso. : Tél. prof. : Tél. port. :

E-mail : @

- Je souhaite :**
- mettre en place des prélèvements
 - reprendre mes prélèvements
 - augmenter diminuer mes prélèvements
 - modifier la ventilation par support

} **je joins obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) et complète l'autorisation de prélèvement ci-dessous**

à compter du mois de :

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

nouveau montant : €

Frais sur versement : % (en l'absence d'indication, des frais de 4,5% seront appliqués)

Je souhaite renoncer à l'indexation des versements programmés

Ci-dessous la nouvelle répartition :

Mode de gestion	Gestion sous recommandation de :	Orientation de gestion	Montant*	ou	Répartition
Gestion libre	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	€		%
Gestion évolutive	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	<input type="checkbox"/> Prudent <input type="checkbox"/> Equilibre <input type="checkbox"/> Dynamique	€		%
Gestion sous mandat	<input type="checkbox"/> AIF <input type="checkbox"/> Rothschild HDF Investment Solutions	<input type="checkbox"/> Prudent <input type="checkbox"/> Equilibre <input type="checkbox"/> Dynamique	€		%
			Total	€	Total 100 %

*Montant brut de frais sur versement

Paraphe de l'adhérent Paraphe co-adhérent Paraphe du Conseil

FGEST

V5588B (10/2016)

En cas d'ouverture de la Gestion évolutive par ce versement programmé : durée retenue : ans (maximum 50 ans).

En cas d'ouverture de la Gestion sous mandat, merci d'indiquer la société chargée de la recommandation d'actifs ainsi que l'orientation de gestion sélectionnée.

Si la Gestion Evolutive ou la Gestion sous Mandat est déjà ouverte sur l'adhésion, reprenez à l'identique l'orientation de gestion précédemment sélectionnée.

Choix des supports retenus en gestion libre

Support(s)	Montant(s)	ou	Répartition
	€		%
	€		%
	€		%
	€		%
	€		%
	€		%
	€		%
	€		%
Total	<input type="text"/> €		Total 100 %

Fait à

le

Signature de l'Adhèrent/Assuré

Signature du co-Adhèrent/co-Assuré

Signature et cachet du Conseil

Attention : merci d'apposer votre paraphe sur la page précédente du présent document.

RÉSERVÉ AU CONSEIL

AV3 AV5 AV7 LI



Aviva Vie
Société Anonyme d'Assurances Vie et de Capitalisation
au capital social de 1 205 528 532,67 euros
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 70 avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes
732 020 805 R.C.S. Nanterre

ADER
(Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite)
Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 24-26 rue de la Pépinière - 75008 Paris

Autorisation à compléter intégralement (en cas de mise en place ou de reprise des prélèvements uniquement)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Désignation du créancier : AVIVA VIE Société d'assurance sur la vie 70 avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes Identifiant Créancier SEPA : FR90ZZ002755	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-contre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle*. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. * L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du débiteur et du créancier.
Référence Unique de Mandat SEPA (RUM) - communiquée ultérieurement -	X X X X X X X X X X X X X X X X
Identité du payeur, titulaire du compte : M. : <input type="checkbox"/> Mme : <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom : _____ Prénom : _____	
Adresse : _____	
Code Postal : <input type="text"/>	Ville : _____ Pays : _____
Désignation du compte à débiter :	BIC : <input type="text"/>
Type de paiement : <i>récurrent</i>	
IBAN : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Date le _____ à _____	
Signature du titulaire du compte :	
<i>N'oubliez pas de signer le Mandat SEPA et de joindre un relevé d'identité bancaire</i>	

TRÈS IMPORTANT

joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)