



DEMANDE DE SOUSCRIPTION À

Avenir Épargne Retraite

Document à retourner dans l'enveloppe T en joignant une photocopie de votre carte d'identité recto-verso

Je demande ma souscription à Avenir Épargne Retraite et complète les informations ci-dessous.

NOM _____ NOM DE JEUNE FILLE _____

PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

LIEU, DÉPARTEMENT ET PAYS DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PROFESSION _____

TÉLÉPHONE PERSONNEL _____ TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL _____

E-MAIL : (en majuscules SVP) _____ @ _____ . _____

À compléter pour recevoir à l'e-mail ci-dessus des informations et offres sur les produits et services de Malakoff Médéric ou de ses partenaires.

MODALITÉS DE VERSEMENT À LA SOUSCRIPTION

- Je choisis des versements programmés* (par prélèvement), à compter du 5 du mois de : _____ d'un montant de : _____ par mois (minimum 45€) _____ par trimestre (minimum 60€) _____ par semestre (minimum 120€) _____ par an (minimum 240€)

- Je souhaite également ajouter un chèque de _____ € (minimum 155€) à l'ouverture de mon contrat.

- Je choisis des versements libres et je verse la somme de _____ € (minimum 610€), que je règle par chèque à l'ordre de la CMAV.

*MERCİ DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ET L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.

Le montant de la valeur de rachat à l'issue des 8 premières années du contrat est au minimum égal au montant des versements sur 8 ans, nets de frais (hors rachats et avances).

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

- Je désire que le capital en cas de décès soit versé par priorité à mon conjoint, non séparé judiciairement, à défaut à la personne liée par un pacte civil de solidarité, à défaut à mes enfants vivants ou représentés, nés ou à naître par parts égales, à défaut à mes parents par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité, à défaut à mes héritiers à proportion de leurs parts héréditaires.
- Je désire un bénéficiaire différent et souhaite remplir une demande de désignation particulière que vous voudrez bien m'adresser.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des conditions générales valant note d'information (version avril 2010), ainsi qu'un exemplaire des statuts de la CMAV et avoir pris connaissance des modalités de renonciation figurant ci-dessous.

À _____ le _____ SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR - ASSURÉ :

Je recevrai de la CMAV les conditions particulières me précisant le montant de la cotisation investie et la date de valeur.

Je dispose de 30 jours de réflexion après mon règlement pour exercer mon droit de renonciation. Pour obtenir le remboursement intégral de mon versement, il me suffit d'adresser dans ce délai au siège de la CMAV une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je désire renoncer à ma souscription à AVENIR ÉPARGNE RETRAITE n° ». Le remboursement sera effectué dans les 30 jours qui suivront ma demande.

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont indispensables à l'enregistrement des contrats souscrits. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré peut demander la communication, la rectification et, le cas échéant, la suppression de toute information le concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses réassureurs et mandataires. Sauf opposition écrite de sa part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance de Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires dont la liste lui sera transmise sur simple demande. Le droit d'accès, de rectification et d'opposition peut être exercé auprès de la CMAV, 15 avenue du Centre - Guyancourt - 78281 St Quentin Yvelines cedex.

CADRE RESERVE A LA CMAV
Env le _____ Act _____
N° M.O. _____ MAJMO _____



DEMANDE DE SOUSCRIPTION À

Avenir Épargne Retraite

Document à conserver par le souscripteur

Je demande ma souscription à **Avenir Épargne Retraite** et complète les informations ci-dessous.

NOM _____ NOM DE JEUNE FILLE _____

PRÉNOM _____ NÉ(E) LE _____

LIEU, DÉPARTEMENT ET PAYS DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PROFESSION _____

TÉLÉPHONE PERSONNEL _____ TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL _____

E-MAIL : (en majuscules SVP) _____ @ _____ . _____

À compléter pour recevoir à l'e-mail ci-dessus des informations et offres sur les produits et services de Malakoff Médéric ou de ses partenaires.

MODALITÉS DE VERSEMENT À LA SOUSCRIPTION

- Je choisis des versements **programmés*** (par prélèvement), à compter du 5 du mois de : _____
d'un montant de : _____
- par mois par trimestre par semestre par an
 (minimum 45€) (minimum 60€) (minimum 120€) (minimum 240€)

Je souhaite également ajouter un chèque de _____ € (minimum 155€) à l'ouverture de mon contrat.

Je choisis des versements **libres** et je verse la somme de _____ € (minimum 610€), que je règle par chèque à l'ordre de la CMAV.

***MERCİ DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ET L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT.**

Le montant de la valeur de rachat à l'issue des 8 premières années du contrat est au minimum égal au montant des versements sur 8 ans, nets de frais (hors rachats et avances).

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

- Je désire que le capital en cas de décès soit versé par priorité à mon conjoint, non séparé judiciairement, à défaut à la personne liée par un pacte civil de solidarité, à défaut à mes enfants vivants ou représentés, nés ou à naître par parts égales, à défaut à mes parents par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité, à défaut à mes héritiers à proportion de leurs parts héréditaires.
- Je désire un bénéficiaire différent et souhaite remplir une demande de désignation particulière que vous voudrez bien m'adresser.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des conditions générales valant note d'information (version avril 2010), ainsi qu'un exemplaire des statuts de la CMAV et avoir pris connaissance des modalités de renonciation figurant ci-dessous.

À _____ le _____ SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR - ASSURÉ :

Je recevrai de la CMAV les conditions particulières me précisant le montant de la cotisation investie et la date de valeur.

Je dispose de 30 jours de réflexion après mon règlement pour exercer mon droit de renonciation. Pour obtenir le remboursement intégral de mon versement, il me suffit d'adresser dans ce délai au siège de la CMAV une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je désire renoncer à ma souscription à AVENIR ÉPARGNE RETRAITE n°..... ». Le remboursement sera effectué dans les 30 jours qui suivront ma demande.

Les informations recueillies dans le présent formulaire sont indispensables à l'enregistrement des contrats souscrits. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'assuré peut demander la communication, la rectification et, le cas échéant, la suppression de toute information le concernant qui figurerait dans tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses réassureurs et mandataires. Sauf opposition écrite de sa part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance de Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires dont la liste lui sera transmise sur simple demande. Le droit d'accès, de rectification et d'opposition peut être exercé auprès de la CMAV, 15 avenue du Centre - Guyancourt - 78281 St Quentin Yvelines cedex.