

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RACHAT

1. À COMPLÉTER PAR LE SOUSCRIPTEUR

Souscripteur :
(Employeur)

No de Police :

Code de l'adhérent :

Date d'Adhésion :

AAAA - MM - JJ

L'Adhérent a-t-il/elle cédé son contrat à un tiers ?

(Si oui, veuillez joindre le formulaire de cession et la documentation justificative.)

- **Attention :** En cas de cession, le règlement des prestations sera effectué au bénéficiaire de la cession, conformément aux dispositions du contrat, jusqu'à concurrence du montant cédé. Si ce montant a diminué, une attestation du cessionnaire précisant le montant restant dû sera requise.
- Le montant du rachat partiel ne pourra en aucun cas excéder le montant cédé.
- Dans le cas d'un rachat total, le montant cédé sera remboursé au cessionnaire. Le solde restant, après déduction du montant cédé, sera versé à l'adhérent.

2. INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT

Nom (Adhérent) :

Prénom (Adhérent) :

Date de Naissance :

JJ - MM - AAAA

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail:

ID (Adhérent) :

NIF

No de Passeport

CIN

3. TYPE DE RACHAT DEMANDÉ

Veuillez cocher la nature du rachat demandé :

☐ **Rachat total** (Solde intégral du compte assurance retraite - PAR. NB: Le rachat total met fin à l'adhésion)

☐ **Rachat partiel** Montant à racheter (en chiffre) : **USD**

Montant à racheter (en lettre) :

Motif du rachat :

☐ **Cessation d'emploi** (joindre attestation de l'employeur)

☐ **Expiration du contrat**

☐ **Rachat partiel** (joindre certificat médical attestant de l'invalidité totale et définitive)

☐ **Autre, précisez :**

Attention : Certains motifs peuvent être soumis à des conditions spécifiques selon le règlement du contrat.

4. PIÈCES JUSTIFICATIVES

☐ **Copie de la pièce d'identité de l'adhérent**

☐ **Attestation de l'employeur confirmant la cessation d'emploi (si applicable)**

☐ **Certificat médical attestant d'une invalidité totale et définitive (si applicable)**

☐ **Formulaire de Cession (si applicable)**

Je, soussigné(e), _____, déclare que les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes à ma connaissance.

Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner le rejet de la demande de rachat. Je m'engage à fournir tout document justificatif nécessaire à la gestion de cette demande et autorise l'assureur à vérifier les informations communiquées auprès des organismes compétents.

Je reconnais également que le versement des fonds sera effectué conformément aux dispositions du contrat d'assurance souscrit par le souscripteur, et que l'assureur se réserve le droit de demander toute information complémentaire avant d'effectuer le règlement.

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur