



PAR
Plan Assurance Retraite



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MODIFICATION DE LA RENTE

(Plan Assurance Retraite - Assurance Collective)

1. INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT

Nom (Adhérent) :

Prénom (Adhérent) :

No de Contrat de rente :

Date de Naissance :

JJ - MM - AAAA

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse Complète :

ID (Adhérent) :

Joindre une pièce d'identité valide.

NIF

No de Passeport

CIN

2. MODIFICATION DE LA RÉPARTITION DU CAPITAL

Montant à percevoir sous forme de capital :

USD

Montant à convertir en rente :

USD

3. MODIFICATION DES PARAMÈTRES DE LA RENTE

Veuillez spécifier les modalités de versement de la rente :

Montant fixe souhaité par période :

Périodicité des paiements de la rente :

Mensuelle

Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

4. MODIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès de l'adhérent avant l'épuisement du capital, le solde sera versé aux bénéficiaires ci-dessous selon les pourcentages indiqués.

Nom & Prénom :

Date de Naissance

JJ - MM - AAAA

Lien avec l'adhéant

%

Le total des pourcentages doit être égal à 100 %.

TOTAL: 100%

5. MODIFICATION DES COORDONNÉES BANCAIRES POUR LE VERSEMENT DE LA RENTE

Titulaire du Compte :

Nom de la Banque :

Numéro de compte / IBAN :

Code SWIFT / BIC (si applicable) :

6. PIÈCES JUSTIFICATIVES

Copie de la pièce d'identité de l'adhérent.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

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

Veuillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à vie@aic.ht.