

NUMERO DE CONTRAT :

CODE PRODUIT : P5601 (VE)

NOM/Prénom : Date de naissance :

Je souhaite effectuer un don de € (minimum 50 euros),
(somme en toutes lettres euros)
en faveur de(s) l'association(s) suivante(s) (maximum 3 associations avec un versement minimum de 50 euros par association) :

- Action Contre la Faim : €
- Amnesty International : €
- Association des Petits Frères des Pauvres : €
- Fondation pour la Recherche Médicale : €
- Sidaction : €
- UNAPEI : €

Pour réaliser ce don, je demande à Prudence Vie d'effectuer un **Rachat partiel** sur mon adhésion sur le(s) support(s) le(s) plus représenté(s) à la date du versement du don à (aux) l'association(s) que j'ai sélectionnée(s) ci-dessus.

Le rachat partiel sera désinvesti chaque première quinzaine de décembre.

Conformément à l'article 12 de la Notice d'Information valant Conditions Générales, sans demande expresse de votre part avant le 15 novembre de chaque année, votre don sera répété chaque année à la même date pour le même montant et la(les) même(s) association(s).

Imposition des produits capitalisés : cf page 28, Annexe 2 de la Notice d'Information valant Conditions Générales du contrat.

Je choisis l'**option fiscale** : Prélèvement libératoire forfaitaire
 Déclaration des produits dans le revenu imposable

L'Assureur ne pourra en aucun cas être tenu pour responsable de l'utilisation par l'(les) association(s) sélectionnées des sommes versées par l'Adhérent par le biais du contrat **SOLID'R VIE**.

La (les) associations s'engage(nt) à me délivrer chaque année un justificatif fiscal qui ouvre droit à la réduction d'impôt applicable en fonction de son (leur) objet social.

SIGNATURES

Solid'R Vie

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit auprès de FAPES Diffusion - 5, avenue Daumesnil - 75589 PARIS Cedex 12 - Tél. : 01 43 44 62 78, ou de Prudence Vie - 2 à 8, rue Luigi Cherubini - 93578 LA PLAINE ST DENIS Cedex - Tél. : 01 58 38 71 72. Ces informations sont destinées à l'ASAC, FAPES Diffusion et à l'Assureur et sont nécessaires au traitement de mon dossier. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de mon contrat, notamment à mon Conseiller et aux Associations donataires. Par la signature de ce document, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

Fait à :, le :

Signature(s) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Adhérent	Co-Adhérent