

DEMANDE D'AVANCE REMBOURSABLE

par virement bancaire

Je soussigné(e) M Mme Mlle

Nom _____ Prénoms _____

adresse _____

Code Postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Mail _____ tél. _____

Affilié(e) au régime 64000 65200 64100 64102 66000 Certificat : _____

Demander une avance (et reconnais avoir pris connaissance des « Dispositions générales des avances » jointes)

de : _____ € ou du maximum autorisé

A réception de la demande ou A compter du: ____/____/____

(joindre un RIB faisant référence à un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent)

LES REMBOURSEMENTS

Je désire rembourser cette avance :

- Par chèque bancaire à ma convenance
- Par report du prélèvement automatique actuel
- Par mise en place d'un nouveau prélèvement automatique

(Compléter la partie ci-dessous et l'autorisation de prélèvement jointe et l'adresser avec un RIB)

Périodicité du prélèvement pour remboursement de l'avance

(Cocher la périodicité et préciser le montant souhaité)

Mensuelle (minimum de 75 €) Montant souhaité : _____ €

Trimestrielle (minimum de 75 €) Montant souhaité : _____ €

Semestrielle (minimum de 112,50 €) Montant souhaité : _____ €

Annuelle (minimum de 150 €) Montant souhaité : _____ €

Date souhaitée du 1^{er} prélèvement : Le 10/_____/_____

Fait à _____ le _____

Signature :

Votre demande est à adresser à **FAPES Diffusion - 31 rue des colonnes du trône - 75603 Paris cedex 12.**

Pour toute information contactez votre conseiller par tél. 01 44 67 25 00 ou sur www.fapes-diffusion.fr

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion.
En vertu de la Loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 16 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent(e) peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur un fichier à l'usage de ASAC - FAPES Diffusion et d'Allianz Vie, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de FAPES Diffusion figurant ci-dessus.

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX AVANCES

Avenant n° 1999/1 aux conventions :
- Epargne Retraite (64000, 65200, 66000)
- Epargne Handicap (64100, 64102)
à effet du 1/01/99

Les avances, prêts consentis par l'Assureur à l'Adhérent titulaire du compte, sont obtenues pour un minimum de 450,00 € et un maximum égal à 80 % du capital acquis sous réserve de laisser subsister au compte au moins 450,00 €. L'avance est demandée par l'Adhérent à FAPES Diffusion, délégataire de gestion. Elle est adressée à l'Adhérent, sous un délai de 5 jours ouvrés à compter de la réception du courrier.

Fonctionnement du Compte d'Avance :

Le compte d'épargne de l'Adhérent, géré en actif cantonné, fonctionne sans aucun changement; les intérêts attribués (intérêts bruts diminués des frais de gestion annuels) continuent d'être calculés sur le montant total, avance non déduite.

L'avance étant consentie par l'Assureur sur son actif général, il est procédé à l'ouverture d'un compte séparé. Le taux d'intérêt annuel appliqué à ce compte est le **taux brut de l'année précédente** issu du Fonds Cantonné ASAC.

Les sommes avancées supportent des intérêts :

- à effet du **1^{er}** ou du **16** du mois précédant la mise à disposition des fonds,
- jusqu'à la fin de la quinzaine civile suivant la date de réception de chaque remboursement.

A tout moment le capital restant disponible est, pendant la durée de l'avance, égal à la différence entre les deux comptes, celle-ci ne pouvant être inférieure à 450,00 €.

Lorsque la somme en compte, nette des avances non remboursées et des intérêts s'y rapportant, devient inférieure au seuil de 450,00 €, le solde du compte de l'Adhérent est automatiquement liquidé par l'Assureur.

Remboursement :

L'avance est une opération qui, par nature, doit faire l'objet d'un remboursement. Celui-ci s'effectue sans supporter à nouveau les frais sur versements. Les modalités de remboursement de l'avance et du paiement des intérêts sont librement déterminés entre les parties.

L'Adhérent peut, à tout moment, rembourser les avances et leurs intérêts :

- soit directement par chèque ou prélèvement automatique,
- soit par retrait partiel sur le compte d'épargne avec la fiscalité afférente aux opérations de retraits (cf. note fiscale).

Il doit nécessairement spécifier la nature de l'opération, lors de son règlement.

Au terme de chaque exercice, les intérêts non remboursés s'ajoutent aux sommes avancées pour la détermination des intérêts du nouvel exercice, selon le principe des intérêts composés.

FAPES Diffusion communique par écrit, le montant de l'avance restant dû et des intérêts correspondants, sur simple demande de l'Adhérent qui souhaite procéder au remboursement pour tout ou partie.

Toute avance consentie à l'Adhérent, non intégralement remboursée au moment de son décès, sera retenue sur le capital à verser au(x) bénéficiaire(x) ainsi que les intérêts s'y rattachant.

DEMANDE DE PRELEVEMENT

(Compléter les zones colorées)

Merci de nous adresser les deux parties de cet imprimé, sans les séparer, en joignant obligatoirement un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE.

N° du contrat _____ Certificat _____
Cocher la périodicité retenue :
 Annuelle Semestrielle Trimestrielle
 Mensuelle (Voir minimum fixé par régime)

Désignation de l'Organisme Créancier
Association de Sécurité et d'Assistance Collective

ASAC

**31, rue des Colonnes du Trône
75603 PARIS CEDEX 12**

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Je vous prie de bien vouloir faire prélever en votre faveur sur le compte n° _____

ouvert auprès de _____

(nom et adresse de l'Etablissement bancaire)

les versements prévus au titre de mon adhésion au contrat ci-dessus désigné.

En cas de non exécution, j'en serai avisé par vos soins. Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

A _____, le _____
Signature

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° National d'Emetteur

105678

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision suffisante, le compte indiqué ci-après du montant de tous les AVIS DE PRELEVEMENT qui seront émis à mon nom par l'ASAC.

Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'Organisme Créancier désigné ci-dessous. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution des dites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez ni, éventuellement, de leur non exécution.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 080-10 du 1/4/80 de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Nom et adresse de l'Etablissement bancaire

Désignation de l'Organisme Créancier
Association de Sécurité et d'Assistance Collective

ASAC

**31, rue des Colonnes du Trône
75603 PARIS CEDEX 12**

COMPTE A DEBITER

Codes

Etablis.

Guichet

N° de compte

Clé
R.I.B.

A _____, le _____
Signature du titulaire du compte à débiter

Joindre obligatoirement un
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE