



MUTUELLES DU MANS ASSURANCES

DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR CONTRAT
VERSEMENTS ULTÉRIEURS, VERSEMENTS AUTOMATIQUES, ARBITRAGE
REMBOURSEMENT DU COMPTE AVANCE
Contrats gérés dans P9 ÉPARGNE



DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR

CONTRAT N°

(à compléter)

VOTRE CONSEILLER	N° d'apporteur
NOM :	
S2 :	Référence
N° de bordereau	Ag. : Pt vente : Pr. :
	N° de client

à compléter
obligatoirement

SAISIE P9

Cocher la case correspondante

LES PERSONNES CONCERNÉES

ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR

Nom (M/Mme/Mlle) : Prénom :

REPRÉSENTANT DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ

Nom (M/Mme/Mlle) : Prénom :

Nom (M/Mme/Mlle) : Prénom :

VERSEMENTS ULTÉRIEURS

J'effectue un versement ultérieur

• montant : €

• frais d'entrée : %

• référence du paiement joint établi à l'ordre de MMA Vie par :

Nom (M/Mme/Mlle) : Prénom :

Qualité :

Chèque n° : sur Banque : Agence bancaire/postale de :

• répartition sur les supports (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

Selon la répartition en vigueur

Sur les supports

Support à CAPITAL GARANTI à hauteur de %

PACK ÉPARGNE : PACK N° 1 à hauteur de %

PACK N° 2 à hauteur de %

PACK N° 3 à hauteur de %

PACK PRIVILÈGE à hauteur de %

Supports OPCVM : à hauteur de %

TOTAL : 100 %

• je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

VERSEMENTS AUTOMATIQUES

Je souhaite mettre en place des versements automatiques

Je souhaite modifier mes versements automatiques

• montant de chaque versement : €

• frais d'entrée : %

• date du 1^{er} prélèvement : le : 5 15 25 du mois de

• périodicité : mensuelle trimestrielle

• prélèvement sur le compte bancaire ou postal (joindre un RIB/RIP et l'autorisation de prélèvement jointe)

• répartition sur les supports (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

Support à CAPITAL GARANTI à hauteur de %

PACK ÉPARGNE : PACK N° 1 à hauteur de %

PACK N° 2 à hauteur de %

PACK N° 3 à hauteur de %

PACK PRIVILÈGE à hauteur de %

Supports OPCVM : à hauteur de %

TOTAL : 100 %

• je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

Je souhaite interrompre mes versements automatiques : • date du dernier prélèvement :/...../.....

ARBITRAGE

Je demande à arbitrer (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

Les support(s) ou pack(s) de DÉPART...	VERS	Les support(s) ou pack(s) d'ARRIVÉE
<input type="radio"/> pour %	→	<input type="radio"/> pour %
<input type="radio"/> pour %		<input type="radio"/> pour %
<input type="radio"/> pour %		<input type="radio"/> pour %
<input type="radio"/> pour %		<input type="radio"/> pour %

• je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

• frais d'arbitrage : 0,50 % de la demande d'arbitrage

TOTAL : 100 %

REMBOURSEMENT DU COMPTE AVANCE

Je souhaite effectuer un remboursement de mon compte avance

par chèque n° sur banque Agence bancaire/postale de
 établi à l'ordre de la MMA Vie par :
 Nom (M/Mme/Mlle) : Prénom :
 Qualité :

• **montant :** €

par RACHAT PARTIEL sur mon contrat n° : (attention un rachat partiel n'est pas possible sur un PEP avant dix ans)

option 1

en montant : €
 répartition proportionnelle sur les supports
 (hors supports à promesse)
 net de prélèvements

option 2

en montant : €
 répartition proportionnelle sur les supports
 (hors supports à promesse)
 brut de prélèvements

option 3

en montant : €
 répartition libre sur les supports mentionnés
 ci-dessous
 net de prélèvements

option 4

en montant : €
 répartition libre sur les supports mentionnés
 ci-dessous
 brut de prélèvements

option 5

en % de l'épargne : %
 répartition proportionnelle sur les supports
 (hors supports à promesse)
 brut de prélèvements

option 6

en % du ou des supports choisis
 répartition libre sur les supports mentionnés
 ci-dessous
 brut de prélèvements

SUPPORTS

<input type="checkbox"/>	Support à CAPITAL GARANTI	à hauteur de	%
<input type="checkbox"/>	PACK ÉPARGNE : <input type="radio"/> PACK N° 1	à hauteur de	%
	<input type="radio"/> PACK N° 2	à hauteur de	%
	<input type="radio"/> PACK N° 3	à hauteur de	%
	<input type="radio"/> PACK PRIVILÈGE	à hauteur de	%
<input type="checkbox"/>	Supports OPCVM : <input type="radio"/>	à hauteur de	%
	<input type="radio"/>	à hauteur de	%
	<input type="radio"/>	à hauteur de	%
	<input type="radio"/>	à hauteur de	%
TOTAL :			100 %
(sauf si choix en % des supports)			

• **OPTION FISCALE** retenue pour le rachat partiel (*Quelle que soit l'option choisie, La Mutuelle du Mans Assurances Vie / MMA Vie SA déclare à l'Administration Fiscale le montant des rachats effectués en vertu des dispositions concernant les contrats souscrits ou transformés à compter du 1^{er} janvier 1983 (article 125 OA et article 242 ter A du Code Général des Impôts)*)

- Déclaration au titre de l'impôt sur le revenu
- Prélèvement libératoire
- Exonération du fait de la situation personnelle ou celle du conjoint (licenciement, invalidité...)
- Prélèvement libératoire des personnes non domiciliées fiscalement en France

Les renseignements suivants concernant le bénéficiaire des opérations **sont indispensables** pour l'établissement de la déclaration destinée à l'Administration Fiscale. Un exemplaire de cette déclaration sera adressé au souscripteur/adhérent après clôture de l'exercice

• **NOM :** **NOM DE JEUNE FILLE :**

• **Prénoms :** **Sexe :** M F

• **Date de naissance** |__|_|_|_|_| **Code postal** |__|_|_|_| **Lieu de naissance :**

• **Domicile fiscal :**

Résid. Appt. Bât. : **rue ou lieu dit :**

Code postal |__|_|_|_| **Commune :**

A , le

Signature(s) du (ou des) Souscripteur(s) / Adhérent(s)	Signature du (des) représentant (s) (Avec mention du nom - prénom et qualité)	Signature du conseiller
---	--	-------------------------



DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR CONTRAT
VERSEMENTS ULTÉRIEURS, VERSEMENTS AUTOMATIQUES, ARBITRAGE
REMBOURSEMENT DU COMPTE AVANCE
Contrats gérés dans P9 ÉPARGNE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉPARGNE (FRE)

(voir mode d'emploi ci-contre)

Q. 1 : Poids relatif du versement

... et de l'épargne en compte sur l'ensemble des contrats d'assurance-vie par rapport au patrimoine global du client :

.....
.....

Q. 2 : Identité du payeur de primes

Nom : Prénom :

Date de naissance : N° pièce d'identité :

Adresse :

Q. 3 : Origine des fonds

Vente d'un immeuble Cession d'entreprise Rachat d'un contrat Réemploi suite à décès

Autres :

Origine géographique :

Q. 4 : Motivation de l'opération

Valoriser un capital, aider un proche, transmettre un capital...

.....
.....

Q. 5 : Le bénéficiaire

Nature des liens entre l'adhérent et le bénéficiaire (familial, affectif, professionnel, etc.) :

.....

La clause bénéficiaire écarte-t-elle des héritiers légaux ou réservataires (descendants, ascendants, conjoint...) ? :

.....

Q. 6 : Montant déjà réglé en espèces sur l'année

(Rappel des seuils annuels maxi admis : 3.000 € pour un particulier, 760 € annuels pour un commerçant)

Versements espèces antérieurs : €

Versements espèces concernés : €

Total annuel : €

MODE D'EMPLOI DE LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉPARGNE (FRE)

Utiliser la FRE et répondre aux questions concernées dès lors que l'opération a au moins un des cas suivants :

Cas	Questions						La procédure	
	1	2	3	4	5	6		
Versements en espèces > 110 € et < aux seuils admis (3 000 € pour un particulier et 760 € annuels pour un commerçant)		X	X			X	Pas de perte de délégation	La FRE est complétée
Souscripteur âgé de plus de 80 ans	X		X		X			
Versement > 150 000 € et < ou = 400 000 €	X	X	X	X	X			
Versement > 400 000 €	X	X	X	X	X		Perte de délégation	La FRE complétée doit être scannée et envoyée en pièce jointe du recueil
Clauses bénéficiaires nominatives (CLD05 - CLD06 - CLD09 - CLD10)	X				X		Pas de perte de délégation	La FRE est complétée
Clause bénéficiaire nominative (CLD07)	X				X		Perte de délégation	La FRE complétée doit être scannée et envoyée en pièce jointe du recueil
Payeur différent du souscripteur ou assimilé	X	X	X	X			Perte de délégation sauf dans 4 cas cités ci-dessous	

Procédure dossier papier : la FRE est complétée, jointe au dossier papier et adressée à la société pour contrôle et archivage.

Remarques

- Si une même opération croise plusieurs de ces cas : **remplir une seule FRE** en répondant au cumul des questions. Exemple : versement de 200 000 € et clause nominative : réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 5.
- Le principe : **Payeur différent du souscripteur ou assimilé**. Vous cochez "autres" sur votre écran P9. Vous devez **remplir une FRE et perdez la délégation**. Ce principe comporte quatre exceptions :

Exception n° 1	le payeur est le représentant légal du souscripteur mineur.
Exception n° 2	le payeur est titulaire d'un compte joint et effectue un versement sur son propre contrat.
Exception n° 3	le payeur est un ascendant et effectue un versement sur le contrat de l'un de ses descendants dans les limites d'un seuil annuel de 1 500 €.
Exception n° 4	le payeur est l'apporteur qui intermédiaire un paiement espèce autorisé.

Dans ces quatre cas, vous devez cocher **Payeur = Souscripteur ou assimilé** sur votre écran P9. Vous ne remplissez **pas de FRE** et **vous conservez la délégation**.

- Si les versements inférieurs à 110 € sont autorisés. Ils sont intermédiés par l'apporteur et n'entraînent ni perte de délégation, ni FRE.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, le montant des avis de prélèvement émis, à mon nom, par MMA Vie. En cas de litige sur mon prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec La Mutuelle du Mans Assurances Vie / MMA Vie SA.

N° national d'émetteur

008052

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom, prénoms :

Adresse :

Département, ville :

ORGANISME A CRÉDITER

MMA VIE

10, boulevard Alexandre Oyon
72030 LE MANS Cedex 9

COMPTE A DÉBITER

N°

CODE BANQUE

CODE GUICHET

CLÉ RIB

Date : Signature

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Nom :

Adresse de l'agence :

Département, ville :

Code postal :

Joignez votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de Caisse d'épargne (RICE)

BIEN REMPLIR

LA "DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR CONTRAT"

VERSEMENTS ULTÉRIEURS, VERSEMENTS AUTOMATIQUES, ARBITRAGE, REMBOURSEMENT DU COMPTE AVANCE

A B Remplissez lisiblement le numéro du contrat et nom/prénom du souscripteur/adhérent et le cas échéant du représentant indispensables pour une identification rapide et fiable.

Versements

C Indiquez le montant des frais pratiqués.

D Écrivez lisiblement le nom des supports choisis et indiquez systématiquement leur répartition en pourcentage sans décimale du montant versé. Le total **a** doit être égal à 100 %.

E Vérifier que le chèque est émis par le souscripteur/adhérent ou le représentant légal. Dans la négative, relevez son identité et demandez la justification de l'opération.

F Un délai minimum de 20 jours est nécessaire pour mettre en place, modifier ou interrompre des versements automatiques.

DEMANDE D'OPÉRATIONS SUR CONTRAT N° (à compléter)

VOTRE CONSEILLER NOM : _____	N° d'apporteur Référence : _____	
S2 : _____	N° de bordereau : _____	
SAISIE P9		<input type="checkbox"/> Cocher la case correspondante

LES PARTENAIRES CONCERNÉS

ADHÉRENT / SOUSCRIPTION Nom (M/Mme/Mlle) : _____ Prénom : _____	
REPRÉSENTANT DU MINEUR OU MAJEUR PROTÉGÉ Nom (M/Mme/Mlle) : _____ Prénom : _____	
Nom (M/Mme/Mlle) : _____ Prénom : _____	

VERSEMENTS ULTÉRIEURS

J'effectue un versement ultérieur

montant : _____ €

frais d'entrée : _____ %

référence du paiement joint établi à l'ordre de MMA Vie par : _____

Qualité : _____

Chèque n° : _____ sur Banque : _____ Agence bancaire/postale de : _____

répartition sur les supports (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

Selon la répartition en vigueur

Sur les supports

<input type="checkbox"/> Support à CAPITAL GARANTI	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK ÉPARGNE : <input type="checkbox"/> PACK N° 1	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 2	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 3	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK PRIVILÈGE	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> Supports OPCVM : <input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
TOTAL :	a 100 %

* je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

VERSEMENTS AUTOMATIQUES

Je souhaite mettre en place des versements automatiques

Je souhaite modifier mes versements automatiques

montant de chaque versement : _____ €

frais d'entrée : _____ %

date du 1^{er} prélèvement : le : 5 15 25 du mois de _____

périodicité : mensuelle trimestrielle

prélèvement sur le compte bancaire ou postal (joindre un RIB/RIP et l'autorisation de prélèvement jointe)

répartition sur les supports (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

<input type="checkbox"/> Support à CAPITAL GARANTI	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK ÉPARGNE : <input type="checkbox"/> PACK N° 1	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 2	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 3	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK PRIVILÈGE	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> Supports OPCVM : <input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
TOTAL :	a 100 %

* je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

Je souhaite interrompre mes versements automatiques : date du dernier prélèvement : ____/____/____

ARBITRAGE

Je demande à arbitrer (vérifier que les supports choisis sont disponibles sur le contrat concerné) :

Les supports ou packs de DÉPART :	Les supports ou packs d'ARRIVÉE :
<input type="checkbox"/> pour _____ %	<input type="checkbox"/> pour _____ %
<input type="checkbox"/> pour _____ %	<input type="checkbox"/> pour _____ %
<input type="checkbox"/> pour _____ %	<input type="checkbox"/> pour _____ %
<input type="checkbox"/> pour _____ %	<input type="checkbox"/> pour _____ %
TOTAL :	a 100 %

* je certifie avoir reçu un exemplaire de la notice d'information de chaque nouvelle unité de compte choisie.

* frais d'arbitrage : 0,50 % de la demande d'arbitrage.

REMBOURSEMENT DU COMPTE AVANCE

Je souhaite effectuer un remboursement de mon compte avance

par chèque n° _____ sur banque _____ Agence bancaire/postale de _____

établi à l'ordre de la MMA Vie par : _____

Nom (M/Mme/Mlle) : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

montant : _____ €

par RACHAT PARTIEL sur mon contrat n° _____ (attention un rachat partiel n'est pas possible sur un PEP avant dix ans)

option 1 option 2 option 3 option 4

<input type="checkbox"/> en montant : _____ €	<input type="checkbox"/> en montant : _____ €	<input type="checkbox"/> en % de l'épargne : _____ %
<input type="checkbox"/> répartition proportionnelle sur les supports (hors supports à promesse)	<input type="checkbox"/> répartition libre sur les supports mentionnés ci-dessous	<input type="checkbox"/> répartition proportionnelle sur les supports (hors supports à promesse)
<input type="checkbox"/> net de prélèvements	<input type="checkbox"/> net de prélèvements	<input type="checkbox"/> brut de prélèvements
<input type="checkbox"/> en montant : _____ €	<input type="checkbox"/> en montant : _____ €	<input type="checkbox"/> en % de l'épargne : _____ %
<input type="checkbox"/> répartition proportionnelle sur les supports (hors supports à promesse)	<input type="checkbox"/> répartition libre sur les supports mentionnés ci-dessous	<input type="checkbox"/> répartition proportionnelle sur les supports (hors supports à promesse)
<input type="checkbox"/> brut de prélèvements	<input type="checkbox"/> brut de prélèvements	<input type="checkbox"/> brut de prélèvements

SUPPORTS

<input type="checkbox"/> Support à CAPITAL GARANTI	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK ÉPARGNE : <input type="checkbox"/> PACK N° 1	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 2	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK N° 3	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> PACK PRIVILÈGE	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/> Supports OPCVM : <input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
<input type="checkbox"/>	à hauteur de _____ %
TOTAL :	a 100 %

* OPTION FISCALE retenue pour le rachat partiel (Quelle que soit l'option choisie, La Mutuelle du Mans Assurance Vie / MMA Vie SA déclare à l'Administration Fiscale le montant des rachats effectués en vertu des dispositions concernant les contrats souscrits ou transférés à compter du 1^{er} janvier 1983 (article 125 OA et article 242 ter A du Code Général des Impôts)

Déclaration au titre de l'impôt sur le revenu

Prélèvement libératoire

Exonération du fait de la situation personnelle ou celle du conjoint (licenciement, invalidité...)

Prélèvement libératoire des personnes non domiciliées fiscalement en France

Les renseignements suivants concernant le bénéficiaire des opérations sont indispensables pour l'établissement de la déclaration destinée à l'Administration Fiscale. Un exemplaire de cette déclaration sera adressé au souscripteur/adhérent après clôture de l'exercice

NOM : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ Sexe : M F

Prénoms : _____

Date de naissance : [][]/[][]/[][] Code postal [][][] Lieu de naissance : _____

Domicile fiscal : _____

Résid. Appt. Bât : _____ rue ou lieu dit : _____

Code postal [][][] Commune : _____

A Signatur(e) du (ou des) Souscripteur(s) / Adhérent(s) _____ le _____

Signature du (des) représentant(s) (Avec mention du nom - prénom et qualité) _____

Signature du conseiller _____

1^{er} exemplaire : Assureur / 2^{ème} exemplaire : Souscripteur/Adhérent / 3^{ème} exemplaire : Conseiller MMA

ATTENTION - Ce document doit être complété et signé par le souscripteur/adhérent et éventuellement par les représentants.

Par la suite, les informations de ce DOC devront être saisies scrupuleusement dans P9 pour les actes "disponibles"

Vous devez commander ce document à l'économat sous la référence **Vm 660**.