

Retraite 83 euro

MMA Retraite 83

Retraite 83 multisupport

MMA Retraite 83 Horizon

Demande de versements individuels programmés

Mise en place, modification ou suspension



QUATREM
Assurances Collectives



Demande de mise en place, de modification ou de suspension de versements individuels programmés

Retraite 83 euro - MMA Retraite 83

Retraite 83 multisupport - MMA Retraite 83 Horizon

QUATREM
Assurances Collectives

MON EMPLOYEUR EST :

Raison sociale _____ N° de contrat* _____

*Si vous le connaissez.

JE SUIS :

État civil : Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Sexe M F Date de naissance | | | | | | | | | |

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | N° d'affiliation* _____

Code Postal commune de naissance | | | | | | | | Commune de naissance _____

Adresse : N° et voie ou lieu-dit _____

Code Postal | | | | | | | | Commune _____

* Si vous le connaissez : ce numéro est indiqué sur vos bulletins de situation.

JE SOUHAITE (merci de ne cocher qu'une seule case)

Mettre en place des versements individuels programmés

Modifier le montant de mes versements individuels programmés

Ces versements s'effectueront par prélèvement automatique régulier sur mon compte bancaire N° | | | | | | | | | | | | | | | |

Le règlement de ces versements individuels programmés s'effectue directement auprès de QUATREM, après la mise en place d'une autorisation de prélèvement.

Je complète et je joins l'imprimé d'autorisation/demande de prélèvement ci-joint, **accompagné de mon RIB (Relevé d'Identité Bancaire)**.

Le premier prélèvement intervient au début du mois suivant la réception de la demande de mise en place des versements programmés si elle a été reçue **avant le 20 du mois**.

Dans le cas contraire, sa prise d'effet est reportée d'un mois. Les prélèvements trimestriels s'effectueront quant à eux le 10 janvier, le 10 avril, le 10 juillet et le 10 octobre.

Je peux modifier, suspendre ou reprendre mes versements programmés à tout moment, en adressant une demande écrite à QUATREM ou en utilisant le présent formulaire.

La modification demandée prend effet au début du mois suivant celui de la réception de la demande si elle a été reçue avant le 20 du mois.

Dans le cas contraire, sa prise d'effet est reportée d'un mois. En cas d'échec d'un prélèvement, QUATREM se réserve le droit de ne pas le représenter.

La périodicité de mes versements est (merci de ne cocher qu'une seule case) :

Mensuelle

Trimestrielle

J'indique le montant de mes versements programmés : 50 € par période

100 € par période

Autre montant : _____ € par période (minimum de 30 € par mois ou 90 € par trimestre)

Pour les adhérents au contrat Retraite 83 multisupport ou MMA Retraite Horizon

Ce versement sera investi sur les mêmes fonds (OPCVM et/ou fonds en euros) que les cotisations de votre employeur et vos versements réguliers.

Suspendre mes versements individuels programmés

Je soussigné(e) _____

• certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées sur la présente demande ;

• certifie sur l'honneur que les sommes versées n'ont pas d'origine illicite au sens du Titre VI du livre V du Code Monétaire et Financier relatif à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Je prends acte de ce que QUATREM Assurances Collectives pourra refuser ou suspendre les versements dont l'origine devra être éclaircie et me demander à cet effet tout document justificatif ;

• reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information afférente au contrat dont les garanties sont assurées par QUATREM et notamment des dispositions relatives à la désignation des bénéficiaires en cas de décès. J'ai pris connaissance des prospectus des FCP Horizon (Contrat Retraite 83 multisupport ou MMA Retraite 83 Horizon).

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978.

Elles sont nécessaires pour l'adhésion et la gestion de l'assurance et sont destinées, à cette fin, à QUATREM ainsi qu'à ses partenaires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de modifications des données vous concernant.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment auprès de QUATREM 59/61 rue Lafayette - 75009 Paris.

Ces informations pourront être utilisées par QUATREM et/ou ses partenaires commerciaux à des fins de prospection, sauf opposition de votre part, en cochant la case ci-après :

Fait à _____

le | | | | | | | |

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Adressez votre demande accompagnée de l'autorisation de prélèvement (ci-contre) et d'un RIB à :

QUATREM - Gestion Retraite - 59/61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 Paris Cedex 09

Nous vous recommandons de conserver une copie de cette demande.

Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il est régi par le Code des Assurances et soumis à la législation française.

QUATREM Assurances Collectives. Entreprise régie par le Code des Assurances. Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 €. 59/61 rue La Fayette - 75009 Paris. RCS PARIS 412 367 724.

Pôle Réclamations - Service Clients QUATREM - 59/61 rue La Fayette - 75009 Paris - reclamations@quatrem.fr

Demande de prélèvement

À retourner complétée et accompagnée de votre RIB, à QUATREM Assurances Collectives - Gestion Retraite

59/61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 Paris cedex 09

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Société _____
Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code Postal | | | | | | | | Commune _____

ORGANISME ENCAISSEUR

QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES

59/61 rue La Fayette

75009 PARIS

Je soussigné(e) _____ demande à QUATREM Assurances Collectives de bien vouloir prélever en sa faveur, auprès de l'établissement teneur de mon compte, _____ à _____
(nom de la banque et adresse de l'agence) *(département-ville)*

le montant de mes versements individuels facultatifs programmés, aux échéances prévues dans ma demande d'adhésion.

Les présentes instructions demeurent valables jusqu'à la demande d'annulation ou de modification formulée par lettre ou nouvelle demande signée de moi-même.

Contrat N° _____
Adhésion N° _____
(à remplir si les informations sont connues)

Signature du titulaire du compte à débiter



Conformément à la loi N°78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers de QUATREM Assurances Collectives, en écrivant à Services clients QUATREM - 59/61 rue La Fayette - BP 46009 - 75423 Paris Cedex 09.

QUATREM Assurances Collectives, entreprise régie par le Code des Assurances. Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 €.
59/61 rue La Fayette 75009 Paris - RCS Paris 412 367 724.

QUATREM
Assurances Collectives

Autorisation de prélèvement

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR : 455465

À retourner complétée et accompagnée de votre RIB,

à QUATREM Assurances Collectives - Gestion Retraite - 59/61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 Paris cedex 09

Je soussigné(e) _____ vous demande de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, le compte ci-dessus à votre agence, du montant de tous les AVIS DE PRÉLÈVEMENT, qui seront émis au nom du titulaire du compte - QUATREM Assurances Collectives - 59/61 rue La Fayette - 75009 Paris. Il est bien entendu qu'en cas de litige sur prélèvement, je devrai régler le différend avec QUATREM Assurances Collectives. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adressez, ni éventuellement de leur non exécution.

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Société _____
Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code Postal | | | | | | | | Commune _____

2 ÉTABLISSEMENT TENEUR DE COMPTE

Banque _____
Adresse _____
Code Postal | | | | | | | |
Commune _____

3 RÉFÉRENCES DU COMPTE BANCAIRE

Code banque | | | | | | | | Code guichet | | | | | | | | N° Compte | | | | | | | | | | Clé | | | | | | | |

4 À _____ le | | | | | | | |

Signature du titulaire du compte à débiter

- 1 Indiquez très lisiblement votre nom et votre adresse.
- 2 Complétez cette case par le nom de votre banque et l'adresse de l'agence dont vous dépendez.
- 3 Indiquez de façon complète le numéro de compte bancaire à débiter.
- 4 Date et signature du titulaire du compte bancaire à débiter



QUATREM
Assurances Collectives



www.quatrem.fr

59/61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 Paris Cedex 9

Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Il est régi par le Code des Assurances et soumis à la législation française.
QUATREM Assurances Collectives. Entreprise régie par le Code des Assurances.
Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 €. 59/61 rue La Fayette - 75009 Paris. RCS PARIS 412 367 724.
Pôle Réclamations - Service Clients QUATREM - 59/61 rue La Fayette - 75009 Paris - reclamations@quatrem.fr

