

N° Adhésion 

 Code intermédiaire 

 N° ORIAS 

Courtier : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

 (1)  GAIPARE Sélection  GAIPARE Selectissimo

### Adhérent(e) - Assuré(e)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) de l'Adhérent-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

 (1)  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubinage  Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Co-Adhérent - Co-Assuré (en cas de Co-Adhésion)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) du Co-Adhérent-Co-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Demande de rachat (partiel ou total)

 (1)  Rachat partiel d'un montant de \_\_\_\_\_ EUR (minimum 1 500 EUR) réparti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

Le solde minimum du capital constitué après rachat partiel doit être de 3 000 € sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

 (1)  Rachat total, pour lequel je joins à cette demande :

- un document d'état civil de l'assuré.

\*(met fin au contrat)

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

**Allianz Vie**  
 Entreprise régie par le Code des assurances  
 S.A. au capital de 643 054 425 euros

 Siège social :  
 87, rue de Richelieu - 75002 Paris  
 340 234 962 RCS Paris  
 www.allianz.fr

**GAIPARE**  
 Groupement Associatif Interprofessionnel  
 pour l'Amélioration de la retraite et de l'Épargne,  
 Association à but non lucratif, régie par la loi  
 du 1<sup>er</sup> juillet 1901, enregistrée sous le n° 13/11543.  
 Siège social : 4, rue du général Lanrezac - 75017 Paris

 Paraphe Adhérent - Assuré(e)

## Demande de rachats partiels programmés

(1)  la mise en place des rachats partiels programmés Date de démarrage (mois/année) | | | | | | | |

(1)  la modification de mes rachats partiels programmés

Périodicité : (1)  Trimestrielle (minimum 250 EUR)  Semestrielle (minimum 500 EUR)  Annuelle (minimum 1 000 EUR)

Montant : \_\_\_\_\_ EUR réparti selon les modalités décrites dans la Notice d'information qui vous a été remise.

Durée : \_\_\_\_\_ ans (limitée à 3 ans, demande renouvelable sans toutefois excéder la durée de l'adhésion).

(1)  l'arrêt de mes rachats partiels programmés Date d'arrêt (mois/année) | | | | | | | |

Le solde minimum après rachat partiel doit être de 3 000 EUR sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

NB : Ces opérations sont autorisées en présence d'avance à condition que le montant dû au titre de l'avance reste inférieur à 60 % du capital constitué sur votre adhésion.

**Taxation des produits :** l'Adhérent opte pour le prélèvement libératoire (1)  Oui  Non

En cas d'absence de réponse à cette question, l'Adhérent devra déclarer les produits au titre de l'impôt sur le revenu.

N'oubliez pas de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

## Fiscalité

En cas d'absence de réponse à cette question, les produits seront soumis à l'imposition sur les revenus des personnes physiques.

**Taxation des produits :**

(1)  Prélèvement forfaitaire libératoire (taxe forfaitaire collectée par l'assureur pour le compte de l'administration fiscale sur les produits du(des) rachat(s)) :

(1)  Montant brut de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

(1)  Montant net de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant réglé).

En cas d'absence de choix concernant le montant brut ou net pour le prélèvement forfaitaire libératoire, le montant du rachat demandé sera considéré comme le montant brut de prélèvements sociaux et du prélèvement forfaitaire libératoire.

(1)  Imposition sur les revenus des personnes physiques (imposition des produits du (des) rachat(s) au barème progressif de l'impôt sur le revenu) - Montant brut de prélèvements sociaux (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

## Mode de règlement

Mode de règlement (1)  Chèque  Virement

Si règlement par virement, compléter les coordonnées du compte bancaire à créditer et joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

Référence du compte bancaire à créditer : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titulaire du compte à créditer : \_\_\_\_\_

(Le compte doit être ouvert au nom de l'Adhérent du contrat)

## Signature

Le(s) Adhérent(s)-Assuré(s) reconnaît(ssent) avoir pris connaissance des informations figurant sur le présent document.

Date | | | | | | | | Signature(s) (précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

L'Adhérent-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

Le créancier pour accord  
(le cas échéant)

Le bénéficiaire acceptant pour accord  
(le cas échéant)

Le Co-Adhérent - Co-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

## Coordonnées du Centre de Service Clients

Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Tél : 0978 978 008



(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

N° Adhésion 

 Code intermédiaire 

 N° ORIAS 

Courtier : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

 (1)  GAIPARE Sélection  GAIPARE Selectissimo

### Adhérent(e) - Assuré(e)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) de l'Adhérent-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

 (1)  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubinage  Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Co-Adhérent - Co-Assuré (en cas de Co-Adhésion)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) du Co-Adhérent-Co-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Demande de rachat (partiel ou total)

 (1)  Rachat partiel d'un montant de \_\_\_\_\_ EUR (minimum 1 500 EUR) réparti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

Le solde minimum du capital constitué après rachat partiel doit être de 3 000 € sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

 (1)  Rachat total, pour lequel je joins à cette demande :

- un document d'état civil de l'assuré.

\*(met fin au contrat)

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

**Allianz Vie**  
 Entreprise régie par le Code des assurances  
 S.A. au capital de 643 054 425 euros

 Siège social :  
 87, rue de Richelieu - 75002 Paris  
 340 234 962 RCS Paris  
 www.allianz.fr

**GAIPARE**  
 Groupement Associatif Interprofessionnel  
 pour l'Amélioration de la retraite et de l'Épargne,  
 Association à but non lucratif, régie par la loi  
 du 1<sup>er</sup> juillet 1901, enregistrée sous le n° 13/11543.  
 Siège social : 4, rue du général Lanrezac - 75017 Paris

 Paraphe Adhérent - Assuré(e)

## Demande de rachats partiels programmés

(1)  la mise en place des rachats partiels programmés Date de démarrage (mois/année) | | | | | | | | | |

(1)  la modification de mes rachats partiels programmés

Périodicité : (1)  Trimestrielle (minimum 250 EUR)  Semestrielle (minimum 500 EUR)  Annuelle (minimum 1 000 EUR)

Montant : \_\_\_\_\_ EUR réparti selon les modalités décrites dans la Notice d'information qui vous a été remise.

Durée : \_\_\_\_\_ ans (limitée à 3 ans, demande renouvelable sans toutefois excéder la durée de l'adhésion).

(1)  l'arrêt de mes rachats partiels programmés Date d'arrêt (mois/année) | | | | | | | | | |

Le solde minimum après rachat partiel doit être de 3 000 EUR sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

NB : Ces opérations sont autorisées en présence d'avance à condition que le montant dû au titre de l'avance reste inférieur à 60 % du capital constitué sur votre adhésion.

**Taxation des produits :** l'Adhérent opte pour le prélèvement libératoire (1)  Oui  Non

En cas d'absence de réponse à cette question, l'Adhérent devra déclarer les produits au titre de l'impôt sur le revenu.

N'oubliez pas de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

## Fiscalité

En cas d'absence de réponse à cette question, les produits seront soumis à l'imposition sur les revenus des personnes physiques.

**Taxation des produits :**

(1)  Prélèvement forfaitaire libératoire (taxe forfaitaire collectée par l'assureur pour le compte de l'administration fiscale sur les produits du(des) rachat(s)) :

(1)  Montant brut de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

(1)  Montant net de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant réglé).

En cas d'absence de choix concernant le montant brut ou net pour le prélèvement forfaitaire libératoire, le montant du rachat demandé sera considéré comme le montant brut de prélèvements sociaux et du prélèvement forfaitaire libératoire.

(1)  Imposition sur les revenus des personnes physiques (imposition des produits du (des) rachat(s) au barème progressif de l'impôt sur le revenu) - Montant brut de prélèvements sociaux (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

## Mode de règlement

Mode de règlement (1)  Chèque  Virement

Si règlement par virement, compléter les coordonnées du compte bancaire à créditer et joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

Référence du compte bancaire à créditer : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titulaire du compte à créditer : \_\_\_\_\_

(Le compte doit être ouvert au nom de l'Adhérent du contrat)

## Signature

Le(s) Adhérent(s)-Assuré(s) reconnaît(ssent) avoir pris connaissance des informations figurant sur le présent document.

Date | | | | | | | | | | Signature(s) (précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

L'Adhérent-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

Le créancier pour accord  
(le cas échéant)

Le bénéficiaire acceptant pour accord  
(le cas échéant)

Le Co-Adhérent - Co-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

## Coordonnées du Centre de Service Clients

Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Tél : 0978 978 008



(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

N° Adhésion 

 Code intermédiaire 

 N° ORIAS 

Courtier : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

 (1)  GAIPARE Sélection  GAIPARE Selectissimo

### Adhérent(e) - Assuré(e)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) de l'Adhérent-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

 (1)  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubinage  Pacsé(e)

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Co-Adhérent - Co-Assuré (en cas de Co-Adhésion)

 (1)  M.  Mme  Mlle Nom 

 Prénom 

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

 Né(e) le  à : commune ou pays \_\_\_\_\_ N° Dépt : \_\_\_\_\_

**Représentant(s) légal(aux) du Co-Adhérent-Co-Assuré (le cas échéant)**

 (1)  Administrateur légal  Tuteur  Curateur

Nom et Prénom / Raison sociale \_\_\_\_\_

**À remplir en cas de changement de coordonnées**

Profession et secteur d'activité \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue / Bld / Ave \_\_\_\_\_

Rés., Bât., Esc., \_\_\_\_\_

 Code postal  Commune \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 Pièce d'identité (1) :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

 N° \_\_\_\_\_ délivré(e) le  à \_\_\_\_\_

### Demande de rachat (partiel ou total)

 (1)  Rachat partiel d'un montant de \_\_\_\_\_ EUR (minimum 1 500 EUR) réparti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

Le solde minimum du capital constitué après rachat partiel doit être de 3 000 € sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

 (1)  Rachat total, pour lequel je joins à cette demande :

- un document d'état civil de l'assuré.

\*(met fin au contrat)

(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).

**Allianz Vie**  
 Entreprise régie par le Code des assurances  
 S.A. au capital de 643 054 425 euros

 Siège social :  
 87, rue de Richelieu - 75002 Paris  
 340 234 962 RCS Paris  
 www.allianz.fr

**GAIPARE**  
 Groupement Associatif Interprofessionnel  
 pour l'Amélioration de la retraite et de l'Épargne,  
 Association à but non lucratif, régie par la loi  
 du 1<sup>er</sup> juillet 1901, enregistrée sous le n° 13/11543.  
 Siège social : 4, rue du général Lanrezac - 75017 Paris

 Paraphe Adhérent - Assuré(e)

## Demande de rachats partiels programmés

(1)  la mise en place des rachats partiels programmés Date de démarrage (mois/année) | | | | | | | |

(1)  la modification de mes rachats partiels programmés

Périodicité : (1)  Trimestrielle (minimum 250 EUR)  Semestrielle (minimum 500 EUR)  Annuelle (minimum 1 000 EUR)

Montant : \_\_\_\_\_ EUR réparti selon les modalités décrites dans la Notice d'information qui vous a été remise.

Durée : \_\_\_\_\_ ans (limitée à 3 ans, demande renouvelable sans toutefois excéder la durée de l'adhésion).

(1)  l'arrêt de mes rachats partiels programmés Date d'arrêt (mois/année) | | | | | | | |

Le solde minimum après rachat partiel doit être de 3 000 EUR sur l'adhésion.

Si l'option Gestion Profilée est en cours sur l'adhésion, le rachat partiel est obligatoirement désinvesti au prorata du capital constitué sur chacun des supports.

NB : Ces opérations sont autorisées en présence d'avance à condition que le montant dû au titre de l'avance reste inférieur à 60 % du capital constitué sur votre adhésion.

**Taxation des produits :** l'Adhérent opte pour le prélèvement libératoire (1)  Oui  Non

En cas d'absence de réponse à cette question, l'Adhérent devra déclarer les produits au titre de l'impôt sur le revenu.

N'oubliez pas de joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

## Fiscalité

En cas d'absence de réponse à cette question, les produits seront soumis à l'imposition sur les revenus des personnes physiques.

**Taxation des produits :**

(1)  Prélèvement forfaitaire libératoire (taxe forfaitaire collectée par l'assureur pour le compte de l'administration fiscale sur les produits du(des) rachat(s)) :

(1)  Montant brut de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

(1)  Montant net de prélèvements sociaux et prélèvement forfaitaire libératoire (le montant demandé sera égal au montant réglé).

En cas d'absence de choix concernant le montant brut ou net pour le prélèvement forfaitaire libératoire, le montant du rachat demandé sera considéré comme le montant brut de prélèvements sociaux et du prélèvement forfaitaire libératoire.

(1)  Imposition sur les revenus des personnes physiques (imposition des produits du (des) rachat(s) au barème progressif de l'impôt sur le revenu) - Montant brut de prélèvements sociaux (le montant demandé sera égal au montant désinvesti).

## Mode de règlement

Mode de règlement (1)  Chèque  Virement

Si règlement par virement, compléter les coordonnées du compte bancaire à créditer et joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

Référence du compte bancaire à créditer : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titulaire du compte à créditer : \_\_\_\_\_

(Le compte doit être ouvert au nom de l'Adhérent du contrat)

## Signature

Le(s) Adhérent(s)-Assuré(s) reconnaît(ssent) avoir pris connaissance des informations figurant sur le présent document.

Date | | | | | | | | Signature(s) (précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

L'Adhérent-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

Le créancier pour accord  
(le cas échéant)

Le bénéficiaire acceptant pour accord  
(le cas échéant)

Le Co-Adhérent - Co-Assuré ou son représentant légal  
(le cas échéant)

## Coordonnées du Centre de Service Clients

Direction des Opérations Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex

Tél : 0978 978 008



(1) Cocher la(les) case(s) utile(s).