

DEMANDE DE RACHAT PARTIEL
PRODUITS MONOSUPPORT



Conseiller : LUCAS KEVIN

Code agent : S3495723

Agence : 106 - AIGUES MORTES

Etablissement: 13485

Guichet : 00800

Poste-comptable : 834800

Identifiant affaire CNP : 8ISI20200180211

Type affaire : RP

Type affaire détaillé : MAN

Type référence fonctionnelle : CNT

Code document : 268



CAISSE D'ÉPARGNE

CACHET DE L'AGENCE

IDENTIFICATION CLIENT ET CONTRAT

Référence du contrat : **4 0 8 0 1 3 2 8 1 2 0**

Adhérent / Souscripteur

Civilité : **M.**

Nom de naissance : **SAULOU**

Prénom(s) : **THOMAS**

Capacité juridique : **MAJEUR CAPABLE**

Date de naissance : **11 / 03 / 1996**

Commune de naissance : **DRAGUIGNAN**

Adresse fiscale au 1er janvier : **125 QUAI DES CHARTRONS**

Code postal : **33300**

Ville : **BORDEAUX**

Résident fiscal étranger : **NON**

Nature pièce d'identité : **CNI**

N° pièce d'identité : **130134301241**

DATE DE VERSEMENT

Date des versements : **LE CLIENT A REALISE TOUS SES VERSEMENTS AVANT LE 27 / 09 / 2017**

MODE D'IMPOSITION

Le client a versé avant le 27/09/2017 :

Je choisis (nous choisissons) le mode d'imposition suivant : **INTEGRATION A LA DECLARATION ANNUELLE DES REVENUS**

MONTANT DU RACHAT PARTIEL

Montant net RP : **30 000,00 €**

COMPTE A CREDITER

Je soussigné(e) **SAULOU THOMAS**, demande(demandons) le règlement des sommes ci-dessus indiquées par virement sur le compte n° **FR76 1348 5008 0004 1173 8052 183**
(joindre un relevé d'identité de compte bancaire)

MENTIONS CNIL

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (cil@cnp.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait en 2 exemplaires à AIGUES MORTES, le 18/01/2020

Signature(s) précédée(s) de la mention "Lu et approuvé "

Nom, prénom et signature du conseiller

Adhérent/Souscripteur/Nu-propriétaire

Signature du 2ème représentant (ou, si ce représentant est une personne morale, signature du représentant/préposé de celle-ci)

Signature du premier représentant (ou, si ce représentant est une personne morale, signature du représentant/préposé de celle-ci) recevant ou conservant, en cas de tutelle avec pluralité de tuteurs, les documents contractuels et les courriers relatifs au contrat/à l'adhésion

DEMANDE DE RACHAT PARTIEL PRODUITS MONOSUPPORT



Conseiller : LUCAS KEVIN

Code agent : S3495723

Agence : 106 - AIGUES MORTES

Etablissement: 13485

Guichet : 00800

Poste-comptable : 834800

Identifiant affaire CNP : 8ISI20200180211

Type affaire : RP

Type affaire détaillé : MAN

Type référence fonctionnelle : CNT

Code document : 268



CAISSE D'ÉPARGNE

CACHET DE L'AGENCE

IDENTIFICATION CLIENT ET CONTRAT

Référence du contrat : **4 0 8 0 1 3 2 8 1 2 0**

Adhérent / Souscripteur

Civilité : **M.**

Nom de naissance : **SAULOU**

Prénom(s) : **THOMAS**

Capacité juridique : **MAJEUR CAPABLE**

Date de naissance : **11 / 03 / 1996**

Commune de naissance : **DRAGUIGNAN**

Adresse fiscale au 1er janvier : **125 QUAI DES CHARTRONS**

Code postal : **33300**

Ville : **BORDEAUX**

Résident fiscal étranger : **NON**

Nature pièce d'identité : **CNI**

N° pièce d'identité : **130134301241**

DATE DE VERSEMENT

Date des versements : **LE CLIENT A REALISE TOUS SES VERSEMENTS AVANT LE
27 / 09 / 2017**

MODE D'IMPOSITION

Le client a versé avant le 27/09/2017 :

Je choisis (nous choisissons) le mode d'imposition suivant : **INTEGRATION A LA DECLARATION ANNUELLE
DES REVENUS**

MONTANT DU RACHAT PARTIEL

Montant net RP : **30 000,00 €**

COMPTE A CREDITER

Je soussigné(e) **SAULOU THOMAS**, demande(demandons) le règlement des sommes ci-dessus indiquées par virement sur le compte
n° **FR76 1348 5008 0004 1173 8052 183**
(joindre un relevé d'identité de compte bancaire)

MENTIONS CNIL

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

CNP Assurances pourra en outre utiliser vos données à caractère personnel pour vous adresser des offres ouvertes à tous nos assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (cil@cnp.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait en 2 exemplaires à AIGUES MORTES, le 18/01/2020

Signature(s) précédée(s) de la mention "Lu et approuvé "

Nom, prénom et signature du conseiller

Adhérent/Souscripteur/Nu-propriétaire

Signature du 2ème représentant (ou, si ce représentant est une personne morale, signature du représentant/préposé de celle-ci)

Signature du premier représentant (ou, si ce représentant est une personne morale, signature du représentant/préposé de celle-ci) recevant ou conservant, en cas de tutelle avec pluralité de tuteurs, les documents contractuels et les courriers relatifs au contrat/à l'adhésion

Rachat partiel

Caisse 834800

Agence 00106

RAPPEL

Cette fiche est destinée à répondre aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application des articles L.561-2 et suivants du CMF

Ce document doit être renseigné et une copie doit être jointe au dossier remontant auprès de CNP Assurances

FICHE CONSEILLER

Référence du contrat : **4 0 8 0 1 3 2 8 1 2 0**

Civilité : **M .**

Nom de naissance : **SAULOU**

Prénom(s) : **THOMAS**

Capacité juridique : **MAJEUR CAPABLE**

Date de naissance : **11 / 03 / 1996**

Commune de naissance : **DRAGUIGNAN**

Adresse fiscale au 1er janvier : **125 QUAI DES CHARTRONS**

Résident fiscal étranger : **NON**

Code postal : **3 3 3 0 0**

Ville : **BORDEAUX**

Nature pièce d'identité : **CNI**

N° pièce d'identité : **1 3 0 1 3 4 3 0 1 2 4 1**

Ancienneté du compte bancaire : **11 / 03 / 2015**

Dernier RDV avec le conseiller : **SUPERIEUR A 3 ANS**

Montant : **30 000,00 €**

L'opération réalisée est-elle complexe ? : **NON**

L'opération est-elle justifiée économiquement ? : **OUI**

Pièces justificatives au dossier : **NON**

Fiche client complétée : **NON**

En conclusion, l'opération du client vous paraît-elle normale et justifiée ? : **OUI**

Fait à AIGUES MORTES, le 18/01/2020

Signature(s) précédée(s) de la mention "Lu et approuvé "

Nom, prénom et signature du conseiller

Rachat partiel

Caisse 834800

Agence 00106

RAPPEL

Cette fiche est destinée à répondre aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application des articles L.561-2 et suivants du CMF

Ce document doit être renseigné et une copie doit être jointe au dossier remontant auprès de CNP Assurances

INFORMATIONS CLIENTRéférence du contrat : **4 0 8 0 1 3 2 8 1 2 0**Civilité : **M .**Nom de naissance : **SAULOU**Prénom(s) : **THOMAS**Capacité juridique : **MAJEUR CAPABLE**Date de naissance : **11 / 03 / 1996**Commune de naissance : **DRAGUIGNAN**Adresse fiscale au 1er janvier : **125 QUAI DES CHARTRONS**Résident fiscal étranger : **NON**Code postal : **3 3 3 0 0**Ville : **BORDEAUX**Nature pièce d'identité : **CNI**N° pièce d'identité : **1 3 0 1 3 4 3 0 1 2 4 1**Profession : **ETUDIANT**Secteur activité : **ETUDIANT**Vous souscrivez, êtes-vous une PPE* ? : **NON**Une personne de votre entourage direct est-elle PPE ? : **NON**

* PPE = Personne politiquement exposée : vous client ou votre entourage avez-vous exercé au cours des 12 derniers mois, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan ?

PROFIL FINANCIERLocataire propriétaire : **LOCATAIRE**Revenus nets annuels du foyer : **MOINS DE 25 K€**Evaluation du patrimoine du foyer : **MOINS DE 150 K€**

Patrimoine ventilé comme suit :

Placement Financiers

100%

OPERATIONMontant : **30 000,00 €**

JUSTIFICATION ECONOMIQUE DE L'OPERATION

Destination des fonds : ☒ Autre opération:ETUDIANT A L'ETRANGER, BESOIN DE FONDS DISPONIBLE POUR DEUX ANS

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste l'exactitude des informations fournies.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement à la gestion du contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances et à ses prestataires.

Fait à AIGUES MORTES, le 18/01/2020

Signature(s) précédée(s) de la mention "Lu et approuvé "

Adhérent/Souscripteur

Co-adhérent/Co-Souscripteur