



## Demande de rachats libres périodiques

EXEMPLAIRE GESTIONNAIRE

### AG Ascento Free

Veillez cocher les cases appropriées et écrire en majuscules. Mesdames, veuillez mentionner votre nom de jeune fille.

Numéro d'affiliation ou numéro de contrat: .....

#### Preneur d'assurance et bénéficiaire

Je, soussigné(e), preneur d'assurance

M.  Mme Nom: ..... Prénom: .....

Rue: ..... n°: ..... boîte: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Je, soussigné(e), bénéficiaire (si le bénéficiaire a accepté le bénéfice)

M.  Mme Nom: ..... Prénom: .....

Rue: ..... n°: ..... boîte: .....

Code postal: ..... Localité: .....

#### Rachats libres périodiques

Je souhaite recevoir un montant de ..... EUR  net  brut

Premier rachat le ..... / ..... / ..... Périodicité:  mensuel  trimestriel  semestriel  annuel

Répartition comme déclaré ci-dessous:  Prélèvement proportionnel sur la base de l'investissement dans les différents fonds.

Prélèvement conformément au pourcentage dans le tableau ci-dessous

Fonds Rainbow avec taux d'intérêt de base	.....%	Ivory
Fonds Rainbow sans taux d'intérêt de base	.....%	Violet
	.....%	Blue
	.....%	Indigo
	.....%	Green
	.....%	Orange
	.....%	Red
	.....%	Absolute Return Flexible Asset Allocation
<b>Total</b>	<b>100%</b>	

Je souhaite mettre un terme aux rachats libres périodiques à partir du ..... / ..... / .....

#### Modalité de paiement

A verser sur mon numéro de compte .....

#### Remarques

- Chaque rachat peut occasionner des frais et être soumis à un montant minimum/maximum (voir liste tarifaire).
- La demande de rachat n'est exécutée qu'après réception par AG Insurance du présent document et sur la base des dispositions prévues aux conditions générales.
- Les instructions données par vous ci-dessus seront d'application jusqu'à ce que nous recevions d'autres instructions de votre part.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Le preneur d'assurance

Le bénéficiaire qui accepte (si d'application)

Veillez nous renvoyer ce document par:

- fax: 02 664 76 10
- e-mail: [ascento@aginsurance.be](mailto:ascento@aginsurance.be)
- courrier: AG, Ascento Team, 1JQ5A, Bd. E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Pour toute question relative à ce document, contactez le 02 664 85 00.





## Demande de rachats libres périodiques

EXEMPLAIRE PRENEUR D'ASSURANCE

### AG Ascento Free

Veillez cocher les cases appropriées et écrire en majuscules. Mesdames, veuillez mentionner votre nom de jeune fille.

Numéro d'affiliation ou numéro de contrat: .....

#### Preneur d'assurance et bénéficiaire

Je, soussigné(e), preneur d'assurance

M.  Mme Nom: ..... Prénom: .....

Rue: ..... n°: ..... boîte: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Je, soussigné(e), bénéficiaire (si le bénéficiaire a accepté le bénéfice)

M.  Mme Nom: ..... Prénom: .....

Rue: ..... n°: ..... boîte: .....

Code postal: ..... Localité: .....

#### Rachats libres périodiques

Je souhaite recevoir un montant de ..... EUR  net  brut

Premier rachat le ..... / ..... / ..... Périodicité:  mensuel  trimestriel  semestriel  annuel

Répartition comme déclaré ci-dessous:  Prélèvement proportionnel sur la base de l'investissement dans les différents fonds.

Prélèvement conformément au pourcentage dans le tableau ci-dessous

Fonds Rainbow avec taux d'intérêt de base	.....%	Ivory
Fonds Rainbow sans taux d'intérêt de base	.....%	Violet
	.....%	Blue
	.....%	Indigo
	.....%	Green
	.....%	Orange
	.....%	Red
	.....%	Absolute Return Flexible Asset Allocation
<b>Total</b>	<b>100%</b>	

Je souhaite mettre un terme aux rachats libres périodiques à partir du ..... / ..... / .....

#### Modalité de paiement

A verser sur mon numéro de compte .....

#### Remarques

- Chaque rachat peut occasionner des frais et être soumis à un montant minimum/maximum (voir liste tarifaire).
- La demande de rachat n'est exécutée qu'après réception par AG Insurance du présent document et sur la base des dispositions prévues aux conditions générales.
- Les instructions données par vous ci-dessus seront d'application jusqu'à ce que nous recevions d'autres instructions de votre part.

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales, et en particulier en vue de l'exécution de votre contrat Ascento. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales et notre Notice Vie Privée sur [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Le preneur d'assurance

Le bénéficiaire qui accepte (si d'application)

Veillez nous renvoyer ce document par:

- fax: 02 664 76 10
- e-mail: [ascento@aginsurance.be](mailto:ascento@aginsurance.be)
- courrier: AG, Ascento Team, 1JQ5A, Bd. E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Pour toute question relative à ce document, contactez le 02 664 85 00.

