

Cadre réservé à la Mutuelle Epargne Retraite

N° adhérent : _____

Code conseiller : _____

Vente à distance :

Cachet du distributeur :

Nom du conseiller : _____

Tél. du conseiller : _____

N° adhérent distributeur : _____

N° SIREN : _____

Ce questionnaire a pour objet de faire le point sur votre situation patrimoniale et vos objectifs de placements afin de déterminer avec votre conseiller si la garantie proposée répond à vos exigences et besoins en la matière.

Votre état civil :

M. Mme NOM et Prénoms : _____

Date de naissance : ____/____/____ Profession : _____

Situation familiale : Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) Marié(e), pacsé(e) Nombre de parts fiscales : _____

Adresse fiscale : _____

____/____/____ Pays : _____

Situation patrimoniale et financière de votre foyer :

Evaluation de votre patrimoine : < 150 k€ De 150 à 500 k€ De 500 à 800 k€ > 800 k€

Revenus nets mensuels de votre foyer : < 2 000 € De 2 000 à 5 000 € > 5 000 €

Source(s) de revenus :

____% revenus d'activité _____% pensions, retraites _____% produits financiers
____% revenus fonciers _____% autres, à préciser : _____

Estimation de vos charges mensuelles (impôts, taxes, remboursement(s) d'emprunt et dépenses de vie courante) : _____ €

Estimation de votre capacité d'épargne mensuelle : _____ €

Répartition de vos placements financiers :

____% Placements bancaires (livret A, PEL, CEL...) _____% Obligations, actions, OPCVM
____% Assurance-vie en euros _____% Assurance-vie multi-supports _____% Autres (PER,...)

Imposition : Vous payez l'impôt sur le revenu Vous ne payez pas l'impôt sur le revenu

Vos objectifs pour la retraite :

Avez-vous déjà pris des dispositions pour votre retraite : Oui Non

Si **Oui**, lesquelles : _____

Montant mensuel estimé de votre retraite : _____ €

Vous souhaitez souscrire une Retraite Mutualiste du Combattant pour vous constituer un complément de revenu :

- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, quelle qu'en soit la date (1)
- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, si décès avant liquidation de la rente (2)
- Sans remboursement des cotisations au décès du membre participant (3)

Notre solution : (1) Capital Reservé Viager (2) capital Reservé Temporaire (3) Capital Aliéné

Vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire : Vous avez une expérience suffisante et une bonne connaissance de la gestion patrimoniale dans son ensemble. Vous appréciez seul(e) la pertinence de vos investissements par rapport à votre situation financière globale, vos objectifs et votre expérience.

Je certifie sur l'honneur la sincérité des informations ci-dessus déclarées.

Les informations personnelles et nominatives du membre participant et de ses bénéficiaires, recueillies par la Mutuelle Epargne Retraite, font l'objet de traitements informatisés dont la finalité est nécessaire à la gestion contractuelle, l'exécution des garanties et la relation commerciale. Les données personnelles sont destinées à la Mutuelle Epargne Retraite en tant que responsable du traitement, et éventuellement au délégataire de gestion et/ou au réassureur, le cas échéant. Elles sont conservées pendant la durée de la finalité du traitement. Les informations gérées ne peuvent, en outre, faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition de tiers à des fins commerciales. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le membre participant pourra exercer un droit d'accès et de rectification des informations le concernant, détenues par la Mutuelle Epargne Retraite ou ses partenaires. Il peut également en demander une copie, la suppression lorsque ces données ne sont plus nécessaires au traitement ou le retrait de son consentement pour les traitements le réclamant, notamment pour la prospection commerciale. Toute demande doit être adressée à la Mutuelle Epargne Retraite par email ou courrier postal, à l'adresse de son siège social et à l'attention du délégué à la protection des données : dpd@mutuelleepargneretraite.fr

Fait en 3 exemplaires,

Signature du conseiller | Votre signature

Le : ____/____/____

À : _____

Assureur de la Garantie : Mutuelle Epargne Retraite
Siège social : 17 rue de la Victoire - 69003 Lyon
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN N° 431 988 021.

Cadre réservé à la Mutuelle Epargne Retraite

N° adhérent : _____

Code conseiller : _____

Vente à distance :

Cachet du distributeur :

Nom du conseiller : _____

Tél. du conseiller : _____

N° adhérent distributeur : _____

N° SIREN : _____

Ce questionnaire a pour objet de faire le point sur votre situation patrimoniale et vos objectifs de placements afin de déterminer avec votre conseiller si la garantie proposée répond à vos exigences et besoins en la matière.

Votre état civil :

M. Mme NOM et Prénoms : _____

Date de naissance : ____/____/____ Profession : _____

Situation familiale : Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) Marié(e), pacsé(e) Nombre de parts fiscales : _____

Adresse fiscale : _____

_____/_____/_____ Pays : _____

Situation patrimoniale et financière de votre foyer :

Evaluation de votre patrimoine : < 150 k€ De 150 à 500 k€ De 500 à 800 k€ > 800 k€

Revenus nets mensuels de votre foyer : < 2 000 € De 2 000 à 5 000 € > 5 000 €

Source(s) de revenus :

_____% revenus d'activité _____% pensions, retraites _____% produits financiers
_____% revenus fonciers _____% autres, à préciser : _____

Estimation de vos charges mensuelles (impôts, taxes, remboursement(s) d'emprunt et dépenses de vie courante) : _____ €

Estimation de votre capacité d'épargne mensuelle : _____ €

Répartition de vos placements financiers :

_____% Placements bancaires (livret A, PEL, CEL...) _____% Obligations, actions, OPCVM
_____% Assurance-vie en euros _____% Assurance-vie multi-supports _____% Autres (PER,...)

Imposition : Vous payez l'impôt sur le revenu Vous ne payez pas l'impôt sur le revenu

Vos objectifs pour la retraite :

Avez-vous déjà pris des dispositions pour votre retraite : Oui Non

Si **Oui**, lesquelles : _____

Montant mensuel estimé de votre retraite : _____ €

Vous souhaitez souscrire une Retraite Mutualiste du Combattant pour vous constituer un complément de revenu :

- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, quelle qu'en soit la date (1)
- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, si décès avant liquidation de la rente (2)
- Sans remboursement des cotisations au décès du membre participant (3)

Notre solution : (1) Capital Reservé Viager (2) capital Reservé Temporaire (3) Capital Aliéné

Vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire : Vous avez une expérience suffisante et une bonne connaissance de la gestion patrimoniale dans son ensemble. Vous appréciez seul(e) la pertinence de vos investissements par rapport à votre situation financière globale, vos objectifs et votre expérience.

Je certifie sur l'honneur la sincérité des informations ci-dessus déclarées.

Les informations personnelles et nominatives du membre participant et de ses bénéficiaires, recueillies par la Mutuelle Epargne Retraite, font l'objet de traitements informatisés dont la finalité est nécessaire à la gestion contractuelle, l'exécution des garanties et la relation commerciale. Les données personnelles sont destinées à la Mutuelle Epargne Retraite en tant que responsable du traitement, et éventuellement au délégataire de gestion et/ou au réassureur, le cas échéant. Elles sont conservées pendant la durée de la finalité du traitement. Les informations gérées ne peuvent, en outre, faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition de tiers à des fins commerciales. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le membre participant pourra exercer un droit d'accès et de rectification des informations le concernant, détenues par la Mutuelle Epargne Retraite ou ses partenaires. Il peut également en demander une copie, la suppression lorsque ces données ne sont plus nécessaires au traitement ou le retrait de son consentement pour les traitements le réclamant, notamment pour la prospection commerciale. Toute demande doit être adressée à la Mutuelle Epargne Retraite par email ou courrier postal, à l'adresse de son siège social et à l'attention du délégué à la protection des données : dpd@mutuelleepargneretraite.fr

Fait en 3 exemplaires,

Signature du conseiller | Votre signature

Le : ____/____/____

À : _____

Assureur de la Garantie : Mutuelle Epargne Retraite
Siège social : 17 rue de la Victoire - 69003 Lyon
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN N° 431 988 021.

Cadre réservé à la Mutuelle Epargne Retraite

N° adhérent : _____

Code conseiller : _____

Vente à distance :

Nom du conseiller : _____

Tél. du conseiller : _____

N° adhérent distributeur : _____

Cachet du distributeur :

N° SIREN : _____

Ce questionnaire a pour objet de faire le point sur votre situation patrimoniale et vos objectifs de placements afin de déterminer avec votre conseiller si la garantie proposée répond à vos exigences et besoins en la matière.

Votre état civil :

M. Mme NOM et Prénoms : _____

Date de naissance : ____/____/____ Profession : _____

Situation familiale : Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) Marié(e), pacsé(e) Nombre de parts fiscales : _____

Adresse fiscale : _____

____/____/____ Pays : _____

Situation patrimoniale et financière de votre foyer :

Evaluation de votre patrimoine : < 150 k€ De 150 à 500 k€ De 500 à 800 k€ > 800 k€

Revenus nets mensuels de votre foyer : < 2 000 € De 2 000 à 5 000 € > 5 000 €

Source(s) de revenus :

____% revenus d'activité ____% pensions, retraites ____% produits financiers
____% revenus fonciers ____% autres, à préciser : _____

Estimation de vos charges mensuelles (impôts, taxes, remboursement(s) d'emprunt et dépenses de vie courante) : _____ €

Estimation de votre capacité d'épargne mensuelle : _____ €

Répartition de vos placements financiers :

____% Placements bancaires (livret A, PEL, CEL...) ____% Obligations, actions, OPCVM
____% Assurance-vie en euros ____% Assurance-vie multi-supports ____% Autres (PER,...)

Imposition : Vous payez l'impôt sur le revenu Vous ne payez pas l'impôt sur le revenu

Vos objectifs pour la retraite :

Avez-vous déjà pris des dispositions pour votre retraite : Oui Non

Si **Oui**, lesquelles : _____

Montant mensuel estimé de votre retraite : _____ €

Vous souhaitez souscrire une Retraite Mutualiste du Combattant pour vous constituer un complément de revenu :

- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, quelle qu'en soit la date (1)
- Avec remboursement des cotisations nettes au décès du membre participant, si décès avant liquidation de la rente (2)
- Sans remboursement des cotisations au décès du membre participant (3)

Notre solution : (1) Capital Reservé Viager (2) capital Reservé Temporaire (3) Capital Aliéné

Vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire : Vous avez une expérience suffisante et une bonne connaissance de la gestion patrimoniale dans son ensemble. Vous appréciez seul(e) la pertinence de vos investissements par rapport à votre situation financière globale, vos objectifs et votre expérience.

Je certifie sur l'honneur la sincérité des informations ci-dessus déclarées.

Les informations personnelles et nominatives du membre participant et de ses bénéficiaires, recueillies par la Mutuelle Epargne Retraite, font l'objet de traitements informatisés dont la finalité est nécessaire à la gestion contractuelle, l'exécution des garanties et la relation commerciale. Les données personnelles sont destinées à la Mutuelle Epargne Retraite en tant que responsable du traitement, et éventuellement au délégataire de gestion et/ou au réassureur, le cas échéant. Elles sont conservées pendant la durée de la finalité du traitement. Les informations gérées ne peuvent, en outre, faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition de tiers à des fins commerciales. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le membre participant pourra exercer un droit d'accès et de rectification des informations le concernant, détenues par la Mutuelle Epargne Retraite ou ses partenaires. Il peut également en demander une copie, la suppression lorsque ces données ne sont plus nécessaires au traitement ou le retrait de son consentement pour les traitements le réclamant, notamment pour la prospection commerciale. Toute demande doit être adressée à la Mutuelle Epargne Retraite par email ou courrier postal, à l'adresse de son siège social et à l'attention du délégué à la protection des données : dpd@mutuelleepargneretraite.fr

Fait en 3 exemplaires,

Signature du conseiller | Votre signature

Le : ____/____/____

À : _____

Assureur de la Garantie : Mutuelle Epargne Retraite
Siège social : 17 rue de la Victoire - 69003 Lyon
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN N° 431 988 021.