



Contrat individuel d'assurance-vie libellé en unités de compte et/ou en euros
BULLETIN DE CHANGEMENT D'ADRESSE / COORDONNEES BANCAIRES / CLAUSE BENEFICIAIRE

Numéro du Contrat : _____

Identité (données obligatoires)

Souscripteur/Assuré

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Co-souscripteur/Co-assuré

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Changement de coordonnées

Nouvelle adresse :

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél : _____ Tél portable : _____ e-mail : _____

Changement de coordonnées bancaires (Joindre un RIB et une autorisation de prélèvement si des prélèvements ont cours sur le contrat)

Nom et Adresse de l'établissement teneur du compte

Etablissement : _____ Agence : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Désignation du compte : _____

Code banque

Code guichet

Numéro de compte

Clé RIB

Changement de clause bénéficiaire

Je modifie, en cas de décès de l'Assuré avant le terme du contrat, la clause Bénéficiaire(s), au profit de :

Le conjoint ou le partenaire de PACS de l'Assuré, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Les enfants de l'Assuré(e), nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré(e).

Selon clause bénéficiaire testamentaire déposée chez Maître _____, Notaire à _____, Code Postal _____, à défaut les héritiers de l'assuré.

Ou autre clause :

_____ à défaut les héritiers de l'Assuré. (Nous vous prions de rédiger cette clause de la façon la plus complète possible).

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit en m'adressant à Axéria Vie - 33 rue de Châteaudun - 75009 Paris Cedex. Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires à leur traitement de mon dossier. Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de mon contrat, notamment à mon Courtier. Par la signature de ce document, j'accepte expressément que les données me concernant leur soient ainsi transmises.

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Souscripteur/ Assuré*	Co-souscripteur/ Co-assuré (le cas échéant)*	Bénéficiaire acceptant*

*En cas de co-souscription, les assurés déclarent être bien informés que l'ensemble des opérations (désignation du (des) bénéficiaires, rachats, avance, arbitrage) liées à ce contrat est soumis à leur co-signature. *Signature indispensable pour les contrats d'assurance vie dont le bénéficiaire en cas de décès a accepté sa désignation, en tant que bénéficiaire, pour toute demande de rachat, d'avance ou de modification de bénéficiaire.

