

mes-placementsVie

Contrat individuel d'assurance sur la vie libellé
en unités de compte et/ou en euros

**BULLETIN DE CHANGEMENT DE CLAUSE BENEFICIAIRE
DE DOMICILIATION BANCAIRE/D'ADRESSE**

CODES PRODUITS :
Durée Viagère : P5461
Durée Déterminée : P5462

Une question, une hésitation ?
Appelez-nous au 01 47 20 92 36

NUMERO DU CONTRAT : | | | | | | | | | |

SOUSCRIPTEUR / ASSURÉ

Je soussigné(e) M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : | | | | | | | | | |

A : _____ Dépt : _____

CO-SOUSCRIPTEUR / CO-ASSURÉ

Je soussigné(e) M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : | | | | | | | | | |

A : _____ Dépt : _____

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

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

- En cas de décès de l'Assuré :
- Le conjoint 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).
 - Ou autre(s) Bénéficiaire(s) : _____

_____ à défaut les héritiers de l'Assuré

(Nous vous prions de rédiger cette clause de la façon la plus complète possible).

CHANGEMENT DE DOMICILIATION BANCAIRE

Les mouvements réguliers effectués sur mon contrat sont à réaliser sur mon nouveau compte bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne à compter du :

_____/_____/_____ (joindre un RIB, un RIP ou un RICE) et une autorisation de prélèvement renseignée et signée.

CHANGEMENT D'ADRESSE

Voici ma nouvelle adresse à prendre en considération à compter du : le ____/____/_____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | |

Ville : _____

SIGNATURES

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 e-cie vie - 11 boulevard Haussmann - 75311 Paris Cedex 09 - Tél. 01 58 38 58 00. Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au 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) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Souscripteur / Assuré

Co-Souscripteur / Co-Assuré