

**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 : \_\_\_\_\_ Nom 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 Spirica - 50-56, rue de la Procession 75724 PARIS Cedex 15. Ces informations sont destinées à l'Assuré 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) 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.

