

# Bulletin de modification(s) SwissLife Référence Retraite



Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

Nom : BLEUSET Prénom : ERIC

Né(e) le : 25/12/1963 A (ville) : CAMBRAI Code postal : 59

N° de contrat ..... demande à modifier les termes de mon contrat comme suit

(cocher les cases correspondantes) :

**Changement d'état civil** (joindre une copie du livret de famille)

Madame  Mademoiselle

Nom ..... Nom de jeune fille ..... Prénom .....

Nom et prénom du mari .....

**Changement d'adresse** (joindre un justificatif de domicile)

*(A remplir si tu n'as pas fait de mise à jour)*

A dater du 20 (jour/mois/année), je recevrai toute correspondance à l'adresse suivante :

N° ..... Rue .....

Rés., bât., apt. .... Lieu-dit/Hameau .....

Code postal ..... Localité ..... Pays .....

Tél domicile ..... Tél. portable ..... Adresse e-mail .....

Est-elle votre résidence principale ?  oui  non

Résidence fiscale, si différente .....

Adresse professionnelle, si hors de France .....

**Changement de coordonnées bancaires** (joindre un R.I.B.)

A dater du 20 (jour/mois/année)

**Nom et adresse de l'établissement teneur du compte :**

Etablissement ..... Agence .....

N° ..... Rue .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Désignation du compte :	Etablissement	Guichet	N° du compte à débiter	Clé RIB
.....	.....	.....	.....	.....

**Modification de la clause bénéficiaire en cas de décès**

Selon désignation par acte sous seing privé ou par acte authentique déposé chez Maître (Indiquez le nom et l'adresse du notaire) .....

....., à défaut le conjoint de l'Assuré, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut les enfants nés ou à naître de l'Assuré, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Le conjoint de l'Assuré non divorcé, ni séparé de corps, par parts égales, à défaut les enfants nés ou à naître de l'Assuré par parts égales, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Autre (préciser) : ..... à défaut les héritiers de l'Assuré.

Ex. 1 - SwissLife Assurance et Patrimoine - Ex. 2 - Interlocuteur commercial - Ex. 3 - Souscripteur

**Modification du bénéficiaire des rentes de réversion (Options Vie 3, 4, 5 et 6)**

Titre..... NOM ..... Prénom.....  
Nom de jeune fille.....  
Né(e) le..... à ..... Age d'entrée.....  
Profession.....

**Versement libre complémentaire (minimum de 900 €)**

J'effectue un versement complémentaire d'un montant de ..... € (frais de souscription de 4,75 % inclus)  
Versement à effectuer par chèque libellé à l'ordre SwissLife Assurance et Patrimoine  
Compléter le tableau de répartition page 4.

**Cotisations périodiques (selon Dispositions Générales du contrat)**

Je demande à SwissLife Assurance et Patrimoine :

- De prélever sur mon compte courant à compter du ..... (mois/année)  
Périodicité :  Mensuelle (minimum 75 €)  Trimestrielle (minimum 225 €)  
 Semestrielle (minimum 450 €)  Annuelle (minimum 900 €)

Un montant de ..... € (frais de souscription de 4,75 % inclus)

Joindre un RIB et l'autorisation de prélèvement ci-dessous dûment signée. La demande doit être reçue au moins 10 jours avant la prise d'effet souhaitée.

Compléter le tableau de répartition page 4.

Si j'ai déjà souscrit l'option " Garantie de bonne fin " et si j'ai augmenté mes cotisations périodiques, alors je remplis la déclaration de bonne santé ci-après afin d'adapter le niveau de la garantie aux nouvelles cotisations.

- D'arrêter mes cotisations périodiques à compter du ..... (mois/année)  
(si la demande est reçue par SwissLife Assurance et Patrimoine au moins 10 jours avant la date mentionnée).

**Option " Garantie de bonne fin "**

- Dans le cadre de mes cotisations périodiques, je souscris l'option " Garantie de bonne fin " et, pour cela, j'effectue la déclaration de santé ci-dessous.

**Déclaration de bonne santé**

- J'augmente le niveau de mes cotisations périodiques, je bénéficie déjà de l'option " Garantie de bonne fin ", et je souhaite ajuster le niveau de la garantie au niveau de mes nouvelles cotisations.  
 Je souscris l'option " Garantie de bonne fin ".

Dans l'un ou l'autre de deux cas, j'effectue la déclaration de santé ci-dessous :

Je, soussigné(e) (NOM, PRENOM) ..... déclare :

- ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, suivi(e) ou traité(e) médicalement pour une durée supérieure à trois semaines continues ;
- ne pas avoir subi au cours des 10 dernières années une intervention chirurgicale (à l'exclusion de l'ablation des végétations, des dents de sagesse, des amygdales, de l'appendice, hernie inguinale) ;
- ne pas avoir subi de tests sérologiques HIV, hépatite B et hépatite C, qui se soient révélés positifs ;
- ne pas bénéficier ou avoir bénéficié d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou d'une rente d'invalidité, ne pas avoir de demande en cours à ces sujets ;
- ne pas être actuellement en incapacité de travail totale ou partielle - y compris en mi-temps thérapeutique - suite à maladie ou accident ou ne pas l'avoir été au cours des 5 dernières années pendant une durée supérieure à trois semaines continues (hors congé légal de maternité) ;
- ne pas être actuellement sous traitement ou surveillance médicale ;
- ne pas être atteint(e) d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières) ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale ;
- ne pas devoir subir à ma connaissance une intervention chirurgicale ou une hospitalisation ou des investigations médicales ou des examens médicaux (sauf dans le cas du suivi d'une grossesse ou d'un accouchement, de la médecine du travail ou préventive).

Mes déclarations font partie intégrante de la souscription. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon contrat en application de l'article L. 113.8 du Code des Assurances.

**Article L 113-8 du Code des Assurances :**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Je certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations.  
J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à ..... Le .....

SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER



