

# Bulletin de modification(s)

## SwissLife Référence Retraite



Je soussigné(e)  M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : | | | | | | | | | | | | | | | | A (ville) : ..... Code postal : | | | | | | | |

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 dater du | | | | | | | | 2 | 0 | | | | (jour/mois/année), je recevrai toute correspondance à l'adresse suivante :

N° ..... Rue ..... Lieu-dit/Hameau.....

Rés., bât., apt. ....

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 | | | | | | | | 2 | 0 | | | | (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.

## 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 être bénéficiaire 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

Arbitrage automatique des plus-values

- Création  Modification  Suppression

Seuil de transfert des plus-values réalisées sur les supports en unités de compte à lister dans le tableau ci-dessous (avec un minimum de 1.500 € de plus-values) :

Arbitrage automatique en cas de moins-values

- Création  Modification  Suppression

Seuil des moins-values constatées qui provoque le transfert total du support en unités de compte à lister dans le tableau ci-dessous (avec un minimum de 1.500 € de plus-values) vers le fonds en euro :

Seuil : <input type="checkbox"/> 15 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> ..... % (minimum 10 %)		Seuil : <input type="checkbox"/> 15 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> ..... % (minimum 10 %)	
Code ISIN	Nom du support	Code ISIN	Nom du support

Demande d'arbitrage entre supports (cf. Dispositions Générales art.12) Minimum de 1.500 €

Désinvestissement			Réinvestissement		
Code ISIN	Nom des supports	En % de l'épargne inscrite sur le support	Code ISIN	Nom des supports	En % du réinvestissement total
	Fonds "Euros" SLAP			Fonds "Euros" SLAP	
<b>Total</b>		100 %	<b>Total</b>		100 %

Pour l'option PEP, vérifier la part minimum d'investissement sur le fonds "euros".

A chaque arbitrage, vous est remis ou adressé un document comportant les caractéristiques principales des UC qui n'avaient pas été sélectionnées à la souscription et pour lesquelles cette information n'avait pas été encore remise.

Remboursement anticipé (rachat partiel ou total)(\*)

J'effectue un rachat :

Total

Les prélèvements sociaux éventuels viennent en complément pour déterminer le montant effectivement racheté (rachat brut). Le chèque sera adressé dans un délai de 10 jours ouvrés à réception de l'intégralité des pièces nécessaires.

Partiel d'un montant net de .....€ (minimum de 1.500 euros)

Option fiscale :  Prélèvement libératoire  Impôt sur le revenu (option par défaut)

Mode de règlement :  Chèque  Virement (joindre obligatoirement RIB du compte à créditer)

N.B Règles spécifiques des rachats partiels dans le cadre du Plan d'Epargne Populaire (cf. notice d'information PEP).

Avance (minimum de 1.500 €)(\*)

Je demande à bénéficier d'une avance de ..... €, sur la valeur de rachat acquise au titre de mon contrat N°..... ayant pris effet le.....et déclare avoir pris connaissance du règlement général des avances de mon contrat dont il m'a été fourni un exemplaire.

Mode de règlement :  Chèque

Virement (joindre obligatoirement RIB du compte à créditer)

(\*) L'attention du Souscripteur est attirée sur le fait que, dès lors qu'un Bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (art. L. 132-9 du Code des Assurances) et que les opérations de rachat partiel, de rachat total et d'avance ne sont plus accessibles au Souscripteur sans l'accord écrit du Bénéficiaire acceptant.

Remboursement d'avance

J'effectue un remboursement d'avance d'un montant partiel/total de .....€ (minimum prévu au Règlement général des avances).

Mode de paiement :  Chèque bancaire/CCP libellé à l'ordre de SwissLife Assurance et Patrimoine

Numéro du chèque : ..... Numéro du compte : .....

Nom de la Banque : ..... Titulaire du compte\* : .....

Virement à l'ordre de SwissLife Assurance et Patrimoine (joindre la copie de la demande de virement)

Titulaire du compte débité\* : .....

Nom de la Banque : ..... Numéro du compte : .....

\* L'avance ne peut être remboursée que par le Souscripteur du contrat.

## Répartition de l'investissement/désinvestissement

Je reconnais avoir été informé(e) que la valorisation du contrat est fonction des supports qui le constituent. De ce fait, SwissLife Assurance et Patrimoine ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur, celle-ci étant sujette à fluctuations à la hausse comme à la baisse, le Souscripteur supportant l'ensemble des risques financiers au titre des investissements réalisés sur les unités de compte.

Code ISIN	Nom des supports	(1) Répartition versement libre complémentaire * (en %)	(1) Répartition cotisations périodiques * (en %)	(2) Répartition rachat partiel (en %)
	Fonds "Euros" SLAP			
	<b>Total</b>			

\* minimum 150 € par support.

(1) Par défaut, répartition identique à celle du dernier versement ou de la dernière cotisation. (2) Par défaut, répartition au prorata de l'épargne constituée.

Option PEP : se reporter aux Dispositions particulières relatives au transfert de PEP pour le respect des règles de répartition.

A chaque versement libre complémentaire, vous est remis ou adressé un document comportant les caractéristiques principales des UC qui n'avaient pas été sélectionnées à la souscription et pour lesquelles cette information n'avait pas été encore remise.

## Résiliation à compter du (mois/année) de l'option " Garantie de bonne fin " (selon Dispositions Générales du contrat)

Fait à ..... le .....  
Le Souscripteur/Assuré

L'interlocuteur commercial  
J'atteste que les contrôles en application de la procédure "anti-blanchiment" ont été effectués selon les instructions en cours. (pour transmission à l'Assureur de la présente demande et du chèque de règlement)  
Signature

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est le Département Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny 59671 Roubaix Cedex 01, auprès duquel vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, de l'information. Si vous souhaitez cependant, ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

## Autorisation de prélèvements

N° d'émetteur 299723

### Nom et adresse du titulaire du compte à débiter (en majuscules)

Nom.....Prénom.....  
Adresse.....  
Code postal   Ville.....

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

### Signature du titulaire du compte à débiter

A .....le .....  
Signature :

### Désignation de l'organisme encaisseur

SwissLife Assurance et Patrimoine  
86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08

### Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter (en majuscules)

Banque ou C.C.P.....  
Adresse du centre du C.C.P. ou de l'agence bancaire.....  
Code postal  Ville

Etablissement  Guichet   
N° du compte à débiter  Clé RIB