



## DEMANDE DE MODIFICATION ADMINISTRATIVE OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

### 1. CONSEILLER/PARTENAIRE

Nom et prénom(s) du conseiller/Nom du partenaire : .....  
N° de suivi commercial : ..... N° portefeuille AXA : .....

### 2. CONTRAT/ADHÉSION

Nom du contrat/de l'adhésion : .....  
N° de contrat/de l'adhésion : .....

### 3. SOUSCRIPTEUR(S)/ADHÉRENT(S)

Premier souscripteur/adhérent	Second souscripteur/adhérent (en cas de co-souscription/de co-adhésion)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
Pays : .....	Pays : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Adresse de la résidence principale : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Pays : .....	

### 4. MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- Je signale mon **changement de domicile dont la nouvelle adresse est indiquée ci-avant** (joindre un justificatif)
- Je signale un **changement d'état civil** (joindre un justificatif)
- Je signale une **modification de mes coordonnées bancaires** (joindre le nouveau RIB et compléter le cas échéant le formulaire de prélèvement)

### 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT)

#### Modification de la clause bénéficiaire

Conformément aux dispositions et modalités de mon contrat/adhésion, je demande la modification de la clause bénéficiaire de mon contrat/adhésion. J'ai noté que je peux modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, il est rappelé que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire (sauf en cas de révocation du bénéficiaire légalement permise).

**Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente.**

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital prévu en cas de décès (cocher la case correspondante et compléter la clause le cas échéant) :

- Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps, non engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps à la date de mon décès ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation, à défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- Autre(s) bénéficiaire(s) : si je désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), je peux compléter les coordonnées de ce(s) dernier(s) ci-après.
- Selon disposition(s) testamentaire(s) déposée(s) chez Me ..... ,  
notaire à ..... ,  
ou de son successeur. À défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.

J'accepte que mon conseiller ait accès à tout moment à la clause bénéficiaire de mon contrat, à défaut je dois expressément en informer l'assureur.

## 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT) [SUITE]

### Bénéficiaire 1

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 2

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 3

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 4

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

## 6. OBSERVATIONS

## 7. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez : [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html).

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, je peux m'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Plus d'informations sur le site Internet : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 8. DÉCLARATIONS

Je déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Je certifie sur l'honneur que les informations figurant dans la présente Demande de modification administrative ou de changement de bénéficiaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction possible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

J'ai pris connaissance des dispositions et modalités relatives à ma demande dans **les documents contractuels composant mon contrat/adhésion, et notamment ceux qui m'ont été remis à la souscription/l'adhésion :**

- **la Proposition d'assurance, constituée de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'Information (ou Note d'Information) et de la Proposition d'assurance [2/2] - Bulletin de souscription (ou Bulletin de souscription)**, dans le cas d'un contrat individuel d'assurance sur la vie ou d'un contrat de capitalisation ;
- **la Notice et le Bulletin d'adhésion** dans le cas d'un contrat d'assurance de groupe sur la vie.

## 9. SIGNATURE(S)

Fait à ..... , le ..... (Compléter impérativement la date)

Signature du premier Souscripteur/Adhérent  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du second Souscripteur/Adhérent (le cas échéant)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »



## DEMANDE DE MODIFICATION ADMINISTRATIVE OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

### 1. CONSEILLER/PARTENAIRE

Nom et prénom(s) du conseiller/Nom du partenaire : .....  
N° de suivi commercial : ..... N° portefeuille AXA : .....

### 2. CONTRAT/ADHÉSION

Nom du contrat/de l'adhésion : .....  
N° de contrat/de l'adhésion : .....

### 3. SOUSCRIPTEUR(S)/ADHÉRENT(S)

Premier souscripteur/adhérent	Second souscripteur/adhérent (en cas de co-souscription/de co-adhésion)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
Pays : .....	Pays : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Adresse de la résidence principale : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Pays : .....	

### 4. MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- Je signale mon **changement de domicile dont la nouvelle adresse est indiquée ci-avant** (joindre un justificatif)
- Je signale un **changement d'état civil** (joindre un justificatif)
- Je signale une **modification de mes coordonnées bancaires** (joindre le nouveau RIB et compléter le cas échéant le formulaire de prélèvement)

### 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT)

#### Modification de la clause bénéficiaire

Conformément aux dispositions et modalités de mon contrat/adhésion, je demande la modification de la clause bénéficiaire de mon contrat/adhésion. J'ai noté que je peux modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, il est rappelé que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire (sauf en cas de révocation du bénéficiaire légalement permise).

**Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente.**

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital prévu en cas de décès (cocher la case correspondante et compléter la clause le cas échéant) :

- Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps, non engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps à la date de mon décès ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation, à défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- Autre(s) bénéficiaire(s) : si je désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), je peux compléter les coordonnées de ce(s) dernier(s) ci-après.
- Selon disposition(s) testamentaire(s) déposée(s) chez Me ..... ,  
notaire à ..... ,  
ou de son successeur. À défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.

J'accepte que mon conseiller ait accès à tout moment à la clause bénéficiaire de mon contrat, à défaut je dois expressément en informer l'assureur.

## 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT) [SUITE]

### Bénéficiaire 1

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 2

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 3

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 4

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

## 6. OBSERVATIONS

## 7. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez : [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html).

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, je peux m'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Plus d'informations sur le site Internet : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 8. DÉCLARATIONS

Je déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Je certifie sur l'honneur que les informations figurant dans la présente Demande de modification administrative ou de changement de bénéficiaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction possible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

J'ai pris connaissance des dispositions et modalités relatives à ma demande dans **les documents contractuels composant mon contrat/adhésion, et notamment ceux qui m'ont été remis à la souscription/l'adhésion :**

- **la Proposition d'assurance, constituée de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'Information (ou Note d'Information) et de la Proposition d'assurance [2/2] – Bulletin de souscription (ou Bulletin de souscription)**, dans le cas d'un contrat individuel d'assurance sur la vie ou d'un contrat de capitalisation ;
- **la Notice et le Bulletin d'adhésion** dans le cas d'un contrat d'assurance de groupe sur la vie.

## 9. SIGNATURE(S)

Fait à ..... , le ..... (Compléter impérativement la date)

Signature du premier Souscripteur/Adhérent  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du second Souscripteur/Adhérent (le cas échéant)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »



## DEMANDE DE MODIFICATION ADMINISTRATIVE OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

### 1. CONSEILLER/PARTENAIRE

Nom et prénom(s) du conseiller/Nom du partenaire : .....  
N° de suivi commercial : ..... N° portefeuille AXA : .....

### 2. CONTRAT/ADHÉSION

Nom du contrat/de l'adhésion : .....  
N° de contrat/de l'adhésion : .....

### 3. SOUSCRIPTEUR(S)/ADHÉRENT(S)

Premier souscripteur/adhérent	Second souscripteur/adhérent (en cas de co-souscription/de co-adhésion)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
Pays : .....	Pays : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Adresse de la résidence principale : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Pays : .....	

### 4. MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- Je signale mon **changement de domicile dont la nouvelle adresse est indiquée ci-avant** (joindre un justificatif)
- Je signale un **changement d'état civil** (joindre un justificatif)
- Je signale une **modification de mes coordonnées bancaires** (joindre le nouveau RIB et compléter le cas échéant le formulaire de prélèvement)

### 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT)

#### Modification de la clause bénéficiaire

Conformément aux dispositions et modalités de mon contrat/adhésion, je demande la modification de la clause bénéficiaire de mon contrat/adhésion. J'ai noté que je peux modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, il est rappelé que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire (sauf en cas de révocation du bénéficiaire légalement permise).

**Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente.**

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital prévu en cas de décès (cocher la case correspondante et compléter la clause le cas échéant) :

- Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps, non engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps à la date de mon décès ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation, à défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- Autre(s) bénéficiaire(s) : si je désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), je peux compléter les coordonnées de ce(s) dernier(s) ci-après.
- Selon disposition(s) testamentaire(s) déposée(s) chez Me ..... ,  
notaire à ..... ,  
ou de son successeur. À défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.

J'accepte que mon conseiller ait accès à tout moment à la clause bénéficiaire de mon contrat, à défaut je dois expressément en informer l'assureur.

## 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT) [SUITE]

### Bénéficiaire 1

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 2

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 3

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 4

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

## 6. OBSERVATIONS

## 7. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez : [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html).

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, je peux m'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Plus d'informations sur le site Internet : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 8. DÉCLARATIONS

Je déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Je certifie sur l'honneur que les informations figurant dans la présente Demande de modification administrative ou de changement de bénéficiaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction possible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

J'ai pris connaissance des dispositions et modalités relatives à ma demande dans **les documents contractuels composant mon contrat/adhésion, et notamment ceux qui m'ont été remis à la souscription/l'adhésion :**

- **la Proposition d'assurance, constituée de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'Information (ou Note d'Information) et de la Proposition d'assurance [2/2] – Bulletin de souscription (ou Bulletin de souscription)**, dans le cas d'un contrat individuel d'assurance sur la vie ou d'un contrat de capitalisation ;
- **la Notice et le Bulletin d'adhésion** dans le cas d'un contrat d'assurance de groupe sur la vie.

## 9. SIGNATURE(S)

Fait à ..... , le ..... (Compléter impérativement la date)

Signature du premier Souscripteur/Adhérent  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du second Souscripteur/Adhérent (le cas échéant)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »



## DEMANDE DE MODIFICATION ADMINISTRATIVE OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

### 1. CONSEILLER/PARTENAIRE

Nom et prénom(s) du conseiller/Nom du partenaire : .....  
N° de suivi commercial : ..... N° portefeuille AXA : .....

### 2. CONTRAT/ADHÉSION

Nom du contrat/de l'adhésion : .....  
N° de contrat/de l'adhésion : .....

### 3. SOUSCRIPTEUR(S)/ADHÉRENT(S)

Premier souscripteur/adhérent	Second souscripteur/adhérent (en cas de co-souscription/de co-adhésion)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Commune : .....	Commune : .....
Département : .....	Département : .....
Pays : .....	Pays : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Adresse de la résidence principale : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Pays : .....	

### 4. MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- Je signale mon **changement de domicile dont la nouvelle adresse est indiquée ci-avant** (joindre un justificatif)
- Je signale un **changement d'état civil** (joindre un justificatif)
- Je signale une **modification de mes coordonnées bancaires** (joindre le nouveau RIB et compléter le cas échéant le formulaire de prélèvement)

### 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT)

#### Modification de la clause bénéficiaire

Conformément aux dispositions et modalités de mon contrat/adhésion, je demande la modification de la clause bénéficiaire de mon contrat/adhésion. J'ai noté que je peux modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, il est rappelé que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire (sauf en cas de révocation du bénéficiaire légalement permise).

**Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente.**

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) pour recevoir le capital prévu en cas de décès (cocher la case correspondante et compléter la clause le cas échéant) :

- Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps, non engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps à la date de mon décès ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par suite de prédécès ou de renonciation, à défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.
- Autre(s) bénéficiaire(s) : si je désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), je peux compléter les coordonnées de ce(s) dernier(s) ci-après.
- Selon disposition(s) testamentaire(s) déposée(s) chez Me ..... ,  
notaire à ..... ,  
ou de son successeur. À défaut mes héritiers (héritiers légaux et légataires universels) en proportion de leur part respective dans la dévolution successorale.

J'accepte que mon conseiller ait accès à tout moment à la clause bénéficiaire de mon contrat, à défaut je dois expressément en informer l'assureur.

## 5. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE UNIQUEMENT) [SUITE]

### Bénéficiaire 1

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 2

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 3

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

### Bénéficiaire 4

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Commune : .....

Département : .....

Pays : .....

#### Résidence principale :

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

## 6. OBSERVATIONS

## 7. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrons ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par e-mail (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez : [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html).

Si je ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, je peux m'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Plus d'informations sur le site Internet : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 8. DÉCLARATIONS

Je déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Je certifie sur l'honneur que les informations figurant dans la présente Demande de modification administrative ou de changement de bénéficiaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction possible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

J'ai pris connaissance des dispositions et modalités relatives à ma demande dans **les documents contractuels composant mon contrat/adhésion, et notamment ceux qui m'ont été remis à la souscription/l'adhésion :**

- **la Proposition d'assurance, constituée de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'Information (ou Note d'Information) et de la Proposition d'assurance [2/2] - Bulletin de souscription (ou Bulletin de souscription)**, dans le cas d'un contrat individuel d'assurance sur la vie ou d'un contrat de capitalisation ;
- **la Notice et le Bulletin d'adhésion** dans le cas d'un contrat d'assurance de groupe sur la vie.

## 9. SIGNATURE(S)

Fait à ..... , le ..... (Compléter impérativement la date)

Signature du premier Souscripteur/Adhérent  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du second Souscripteur/Adhérent (le cas échéant)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »