

Raison sociale de l'entreprise :

N° de contrat : | | | | | | | | | | | |

Pour toutes questions, le Service Clients est à votre disposition au 09 70 80 80 57 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h ou par e-mail au service.clientsERE@axa.fr.

MERCI DE RENSEIGNER TOUTES LES INFORMATIONS EN MAJUSCULES

☐ M. ☐ MME

NOM⁽¹⁾:

PRÉNOM⁽¹⁾ :

NOM DE NAISSANCE⁽¹⁾ :

DATE DE NAISSANCE⁽¹⁾ :

--	--	--	--	--	--	--	--

VILLE DE NAISSANCE⁽¹⁾⁽²⁾ :

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE⁽¹⁾: | | | |

PAYS DE NAISSANCE :

ADRESSE⁽¹⁾ :

CODE POSTAL⁽¹⁾ :

--	--	--	--	--

N° DE TÉLÉPHONE FIXE : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

N° DE TÉLÉPHONE PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-MAIL ⁽¹⁾ :

[illegible]

Cette adresse postale est la mienne depuis le⁽¹⁾ | | | | | | | |

Le changement d'adresse non déclaré provoquant une rupture de contact avec nos services pourra entraîner la remise de votre épargne à la Caisse des Dépôts et Consignations, conformément à la législation en vigueur.

Pour les contrats « Article 82 », nous rappelons que la réglementation « Common Reporting Standard » (CRS) impose de recueillir une déclaration de résidence fiscale lors de tout changement de résidence fiscale. Le document est disponible sur votre Espace Client.

1. Mention obligatoire.

2. Merci de préciser l'arrondissement s'il y a lieu.

Le plus grand soin doit être apporté à la rédaction de cette clause.

- si je désigne plusieurs bénéficiaires, il convient de préciser le pourcentage du capital dévolu à chaque bénéficiaire. L'utilisation de la conjonction « et » ainsi que de la locution « par défaut » ne doit entraîner aucune ambiguïté ;
- si je désigne le bénéficiaire par sa qualité (ex : mon conjoint, mon partenaire pacsé, mes héritiers), celle-ci s'apprécie à la date de transmission des capitaux : « à mon conjoint », sera donc celui qui aura cette qualité à mon décès ;
- si je répartis le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres proportionnellement à leurs parts respectives sauf si je précise la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire ;
- si tous les bénéficiaires désignés sont décédés avant moi, la clause par défaut s'applique sauf si je précise la mention « vivant ou représenté » après le nom du bénéficiaire.

La désignation mentionnée ci-dessous ne sera prise en compte que si le présent document est retourné, daté et signé à l'assureur. Il m'appartient ensuite de vérifier que cette désignation reste appropriée et dans le cas contraire de faire parvenir une nouvelle désignation à l'assureur.

Il est rappelé que le changement du ou des bénéficiaires de cette clause est subordonné, sauf exception prévue par la réglementation, à l'accord du ou des bénéficiaires précédemment désignés **avant accepté le bénéfice de cette clause.**

Sauf avis contraire de ma part, le capital décès sera versé à mes bénéficiaires mentionnés dans la clause par défaut dans la notice d'information de mon contrat. La clause par défaut est également visible sur l'Espace Client.

☐ Je souhaite modifier la désignation du(des) bénéficiaire(s) mentionné(s) dans la clause par défaut de mon contrat et la remplacer par la désignation suivante :

En cas de désignation par acte notarié, j'indique le nom et les coordonnées du notaire qui a enregistré l'acte :

L'identité des bénéficiaires désignés⁽¹⁾ :

MERCI DE RENSEIGNER TOUTES LES INFORMATIONS EN MAJUSCULES

Bénéficiaire 1

LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS :

☐ M.☐ Mme

NOM :
PRÉNOM(S) :
NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :
VILLE DE NAISSANCE :
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :
PAYS DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLÈTE ACTUELLE :

N° DE TÉLÉPHONE :
E-MAIL :

Bénéficiaire 3

LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS :

☐ M.☐ Mme

NOM :
PRÉNOM(S) :
NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :
VILLE DE NAISSANCE :
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :
PAYS DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLÈTE ACTUELLE :

N° DE TÉLÉPHONE :
E-MAIL :

Bénéficiaire 2

LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS :

☐ M.☐ Mme

NOM :
PRÉNOM(S) :
NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :
VILLE DE NAISSANCE :
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :
PAYS DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLÈTE ACTUELLE :

N° DE TÉLÉPHONE :
E-MAIL :

Bénéficiaire 4

LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS :

☐ M.☐ Mme

NOM :
PRÉNOM(S) :
NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :
VILLE DE NAISSANCE :
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :
PAYS DE NAISSANCE :
ADRESSE COMPLÈTE ACTUELLE :

N° DE TÉLÉPHONE :
E-MAIL :

(1) Informations à renseigner pour chaque bénéficiaire. Lorsque le nombre de bénéficiaires est supérieur à quatre, les informations relatives au(x) bénéficiaire(s) suivant(s) peuvent être indiquées sur papier libre, daté et signé, à joindre à ce formulaire.

JE PRENDS CONNAISSANCE DES OBLIGATIONS LÉGALES

Je reconnais être informé(e) que certains renseignements demandés ci-dessus sont obligatoires et qu'une fausse déclaration ou omission de ma part peut conduire à la nullité du contrat ou la réduction des indemnités (articles L 113-8 et 9 du Code des assurances).

Je suis informé(e) que je peux consulter les règles de protection et d'utilisation de mes données ainsi que mes droits relatifs à ces données sur les documents remis lors de mon adhésion au contrat ou sur le site www.axa.fr, rubrique « Données personnelles », où ces informations sont régulièrement mises à jour.

Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre ☐.

Je suis informé(e) qu'une surveillance du contrat dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou le financement du terrorisme peut conduire à une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Si je suis détenteur d'un contrat « Article 82 » et si je suis résident fiscal étranger, je suis informé(e) :

- que je dois justifier de cette situation auprès de vos services en communiquant notamment à AXA le pays de résidence ainsi que le Numéro d'Identification Fiscale (NIF), afin de bénéficier de l'exonération des prélèvements sociaux français ;
- qu'en application de la législation actuellement en vigueur, mon épargne fait l'objet d'une déclaration annuelle à l'administration fiscale française.

Je m'engage à informer AXA France de tout changement d'adresse soit via mon Espace client ou dans l'encadré ci-dessus « Je m'identifie et précise mes coordonnées ».

Je certifie à tous égards l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

JE DATE ET SIGNE CE FORMULAIRE

Ce formulaire accompagné des pièces justificatives est à adresser à :



service.retraitecollective@axa.fr

ou

AXA – Direction Épargne et Retraite Entreprise

TSA 86302

95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

(en envoi simple)

après copie pour en conserver un exemplaire

Fait à :

Date de signature : | | | | | | | |

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :