

Contrat individuel d'assurance-vie libellé en unités de compte et/ou euros Bulletin d'arbitrages

Identité (données obligatoires)

Numéro du Contrat _____

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Souscripteur/Assuré | | |
| <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> Mademoiselle |
| Nom _____ | | |
| Prénom(s) _____ | | |

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Co-Souscripteur/Co-Assuré | | |
| <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> Mademoiselle |
| Nom _____ | | |
| Prénom(s) _____ | | |

Demande d'arbitrage

Je souhaite effectuer un arbitrage.

Je renseigne la répartition de l'arbitrage ci-dessous en indiquant les fonds à diminuer dans le tableau « désinvestissement » et les fonds à augmenter dans le tableau « réinvestissement ». Les Codes ISIN et les libellés des unités de compte doivent impérativement être renseignés.

Désinvestissement :

| Supports | | En % | En € |
|----------|-----------|------|------|
| Libellé | Code ISIN | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | 100% | € |

Réinvestissement :

| Supports | | En % | En € |
|----------|-----------|------|------|
| Libellé | Code ISIN | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTAL | | 100% | € |

Les frais liés aux opérations d'arbitrage sont indiqués à l'article 10 des conditions générales du produit.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance pour chaque support choisi : des caractéristiques principales ou du prospectus simplifié. Les informations recueillies dans le cadre de votre Adhésion/Contrat sont destinées à Spirica et/ou à ses partenaires et sont nécessaires pour le traitement et la gestion de votre dossier. La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée vous donne un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à toute information nominative vous concernant et qui figurerait sur tout fichier destiné à Spirica et/ou à ses partenaires. Ces droits peuvent être exercés directement auprès de Spirica à l'adresse suivante : Spirica - 50-56 Rue de la Procession - 75015 Paris. Merci d'adresser ce document, sans omettre de le signer, à votre correspondant habituel. A réception de ce document par Spirica, un avenant doit vous être adressé dans un délai maximum de 30 jours. Si cela n'était pas le cas, veuillez nous le signaler.

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) précédées de la mention « Lu et approuvé »

| | | |
|------------------------|--|-------------------------|
| Souscripteur / Assuré* | Co-souscripteur / Co-assuré (le cas échéant) * | Bénéficiaire acceptant* |
| | | |

Document à retourner à
Mes-PlacementsLiberté
Finance Sélection
9 avenue Percier
75008 Paris

*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.