ORADEAVIE
SOCIÉTÉ ANONYME D'ASSURANCE SUR LA VIE ET DE CAPITALISATION AU CAPITAL DE 8 199 856 EUR ENTIÈREMENT LIBÉRÉ
ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES – RCS NANTERRE 430 435 669
SIÈGE SOCIAL : 50, AVENUE DU GÉNÉRAL DE GAULLE – 92093 PARIS LA DÉFENSE CEDEX

DEMANDE D'OUVERTURE, DE MODIFICATION, OU D'ARRET DU PROGRAMME ALLOCATION CONSTANTE DU CAPITAL ASSOCIEE AU CONTRAT SELFVIE

Contrat collectif d'assurance sur la vie souscrit par la société de courtage SELFEPARGNE
(garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances) auprès d'Oradea Vie
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout – 75009 PARIS

DESTINATAIRE : SELFEPARGNE Centre de Gestion – 53 rue La Fayette – 75009 Paris

N° d'adhésion : I_I_I_I I_I_I_I_I_I_I_I I_I

ADHERENT – ASSURE

M., Mme, Mlle I_I_I_I

Nom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom ..... Nom de jeune fille .....

Lieu de naissance : Commune ..... Département ou Pays .....

Adresse : Intitulé complémentaire |__|__|__|__|__|__|__|__|

DEMANDE DE MODIFICATION DU PROGRAMME ALLOCATION CONSTANTE DU CAPITAL

Ce programme est accessible dans le cadre de la gestion Libre uniquement.

q programme allocation constante (minimum sur l'adhésion à la mise en place : 1200 euros, montant minimum arbitré : 200 euros, réallocation trimestrielle)

Ce service permet de réajuster trimestriellement votre capital en fonction de la répartition décidée lors de la mise en place du programme. **Le programme allocation constante est exclusif des autres types de programmes d'arbitrages et concerne l'ensemble de l'adhésion***

Supports choisis	Répartition Total = 100%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%
	+|__|__|__|%

DEMANDE D'ARRET DU PROGRAMME ALLOCATION CONSTANTE DU CAPITAL

q Je demande l'arrêt du programme allocation constante

DECLARATION DE L'ADHERENT

L'adhérent déclare avoir reçu un exemplaire du présent document ainsi que le dernier prospectus simplifié ou à défaut la dernière notice d'information visé par l'AMF pour chaque OPCVM choisi comme unité de compte.

Fait à ....., le..... Signature de l'adhérent-assuré :

* Se référer à la note d'information, paragraphe « le programme allocation constante» pour consulter les modalité de ce programme