



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. CONSEILLER

Nom et prénom(s) :
N° de suivi commercial : N° portefeuille AXA :

2. CONTRAT

Nom de l'adhésion : PER Coralis N° d'adhésion :

3. ADHÉRENT(E)

M. Mme
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance : Date de naissance :
Commune : Département :
Pays : Nationalité :
Pièce d'identité en cours de validité présentée : Carte nationale d'identité Passeport Carte de séjour Permis de conduire
N° : délivrée par :
à :
le : Date de fin de validité :
Téléphone : Domicile Mobile Professionnel
E-mail : Profession précise :
Domaine d'activité : Depuis le : PCS⁽¹⁾ :

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'1 an pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique, ...) ? Oui Non
■ Une personne de votre famille ou de votre entourage (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ? Oui Non

Votre résidence fiscale : en France hors de France (UE)
Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? Oui Non
Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette adhésion sont réunies, vous possédez un identifiant fiscal américain (TIN⁽²⁾ ou SSN⁽²⁾) et un formulaire W9 que vous devrez fournir à votre conseiller ou à AXA. AXA sera tenu de déclarer annuellement votre contrat aux autorités compétentes.

En signant le présent document, je certifie sincères et véritables mes réponses sur mon pays de résidence fiscale et sur FATCA. Je m'engage à informer AXA de tout changement éventuel de ma situation pouvant avoir un impact sur mes réponses. En complément, AXA se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire et je m'engage à le lui communiquer. En cas de changement de mon pays de résidence fiscale dans un pays autre que la France ou encore en cas d'absence ou de refus de réponse ou de non communication des justificatifs demandés, je suis informé(e) que mon contrat sera déclaré tous les ans par AXA France à l'administration fiscale française qui pourra transférer cette information vers un autre État membre de l'Union européenne ou vers un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant un échange automatique d'informations à des fins fiscales.

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Viemaritale Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfants :

Adresse de la résidence principale :
Code postal : Ville :
Pays :

Tranche de revenus mensuels nets :
 Moins de 1 500 € De 1 500 à 2 500 € De 2 500 à 5 000 € De 5 000 à 10 000 €
 De 10 000 à 20 000 € De 20 000 à 40 000 € Plus de 40 000 €

Patrimoine hors immobilier :
 Moins de 10 000 € De 10 000 à 50 000 € De 50 000 à 100 000 € De 100 000 à 500 000 €
 De 500 000 à 1 000 000 € De 1 000 000 à 5 000 000 € Plus de 5 000 000 €

(1) Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) : 10 Agriculteurs exploitants – 21 Artisans – 22 Commerçants et assimilés – 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus – 31 Professions libérales et assimilés – 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques – 36 Cadres d'entreprise – 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés – 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises – 47 Techniciens – 48 Contremaîtres, agents de maîtrise – 51 Employés de la fonction publique – 54 Employés administratifs d'entreprise – 55 Employés de commerce – 56 Personnels des services directs aux particuliers – 61 Ouvriers qualifiés – 66 Ouvriers non qualifiés – 69 Ouvriers agricoles – 71 Anciens agriculteurs exploitants – 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise – 73 Anciens cadres et professions intermédiaires – 76 Anciens employés et ouvriers – 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé – 82 Inactifs divers (autres que retraités).

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number.

4. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Conformément aux dispositions et modalités de la Notice, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) **selon les ventilations indiquées ci-après.**

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% maximum des sommes versées.

Ce versement est fait ce jour :

à partir du : Numéro de compte (IBAN) :
Nom du titulaire du compte :
Nom de la banque émettrice :
Adresse de la banque émettrice :

par : Virement sur le compte d'AXA France Vie (Joindre impérativement l'avis de virement)
Références Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 0406 061 – BIC : BNPAFRPPXXX
Libellé ou motif à renseigner : PER Coralys / N° de l'adhésion – vos nom, prénom et code postal
 Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom de l'adhérent(e), tiré sur une banque française domiciliée en France)
 Prélèvement par mandat SEPA (renseigner le mandat de prélèvement SEPA joint au Bulletin de versements complémentaires et programmés)

Nature de l'origine des fonds :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

En complément, l'assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire.

5. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par prélèvement SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).

Si vous optez pour des versements programmés en cours de vie du contrat, le premier prélèvement ne pourra intervenir que le 5^e jour du mois qui suit les 30 jours à compter de la réception du dossier complet par notre Service Client.

L'enveloppe fiscale choisie sera la même pour tous les versements programmés.

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Je souhaite procéder à des versements complémentaires programmés de mon contrat selon les ventilations indiquées ci-après.

Montant de mon versement complémentaire programmé : € (minimum 100 € avec un minimum de 100 € par support d'investissement choisi).

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du 0, 5 et jusqu'au 0, 5 (inclus)

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% maximum des sommes versées.

6. PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION

**VENTILATION
DU
VERSEMENT**

1. Gestion par horizon retraite

%

Je déclare avoir pris connaissance de l'article 2.1 « La Gestion par horizon retraite » du chapitre 2 de la Notice prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion par horizon retraite, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

À compléter uniquement si ce type de gestion est choisi pour la première fois :

- J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Prudent.
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Équilibré. **Le profil Équilibré de la Gestion par horizon retraite est le profil appliqué par défaut conformément à la réglementation.**
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Dynamique.

Dans le cadre de cette option de gestion, l'assureur agit en votre nom et pour votre compte pour tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la « Liste des supports » en vigueur dans le cadre des classes d'actifs définies dans la Notice et du profil que vous avez choisi.

Les réorientations entre les différents supports en vigueur, afin de maintenir la répartition de l'épargne suivant l'allocation en vigueur de la gestion que vous avez choisie et de votre horizon de départ en retraite atteint, sont effectuées chaque semestre, sans frais.

Je note que l'échéance de la garantie du fonds Croissance dans le cadre de la Gestion par horizon retraite correspond à la date de liquidation envisagée à l'adhésion.

J'ai la possibilité de modifier cette date. La modification s'accompagnera le cas échéant de la réorientation d'épargne nécessaire lors du prochain réajustement semestriel pour que votre épargne soit investie sur les supports autorisés dans le cadre du nouvel horizon d'investissement.

2. Gestion libre (minimum 150 € par support)

%

En optant pour la Gestion libre, je renonce expressément à la règle de sécurisation de mon épargne conformément aux dispositions de l'article D. 224-3 du Code monétaire et financier.

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaître les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Notice.

Je souhaite que le montant investi dans le cadre de la Gestion libre soit effectué selon la répartition suivante, je complète le tableau ci-après :

CODE ISIN POUR LES SUPPORTS EN UC	SUPPORTS SÉLECTIONNÉS	VENTILATION ⁽³⁾	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
TOTAL		€	100 %

Pour tout premier investissement sur le fonds Croissance (choix de l'échéance) :

- Je souhaite opter pour que l'échéance de la garantie du fonds Croissance corresponde à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion avec un minimum obligatoire de 10 ans.
 Je souhaite opter pour une échéance initiale de la garantie du fonds Croissance à 10 ans.

En l'absence de choix, par défaut, l'échéance de la garantie du fonds Croissance correspond à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion.

Pour tout investissement sur le fonds Croissance (prorogation et gestion de l'échéance) :

- Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance pour une durée de 5 ans renouvelable, aux mêmes conditions que la garantie initiale (100% des sommes versées nettes de frais sur versement). Ce choix de prorogation de l'échéance concerne la totalité de l'épargne investie sur le fonds Croissance en Gestion libre, quelle que soit la date de mes versements (sauf renonciation ultérieure à la prorogation).

Je peux changer d'avis à tout moment. L'assureur peut également refuser la prorogation à tout moment.

3 mois avant l'échéance, je recevrai un courrier envoyé par l'assureur me rappelant mon choix de prorogation de l'échéance, ainsi que la possibilité d'y renoncer et d'exprimer un nouveau choix.

Si je ne coche pas cette case, c'est le dernier choix précédemment exprimé qui continue de s'appliquer.

(3) Compléter soit en montant, soit en pourcentage de l'épargne investie sur la gestion ou sur le support.

6. PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION (SUITE)

VENTILATION
DU
VERSEMENT

3. Gestion sous mandat collective

%

En optant pour de la Gestion sous mandat collective, je renonce expressément à la règle de sécurisation de mon épargne conformément aux dispositions de l'article D.224-3 du Code monétaire et financier.

Si ce type de gestion est choisi pour la 1^{re} fois, vous devez impérativement choisir une Société de gestion et une orientation de gestion ci-après.

Je déclare avoir pris connaissance de l'article 2.3 « La Gestion sous mandat collective » du chapitre 2 de la Notice prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat collective, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Je détermine, avec l'assistance et les recommandations de mon conseiller, conformément à mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant :

- l'/les orientation(s) de gestion ; ainsi que
- la/les Société(s) de gestion délivrant le conseil en investissement.

Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de de la Gestion sous mandat collective sont de 1,50%/an.

Dans le cadre d'un mandat donné à l'assureur, je donne mandat à l'assureur qui l'accepte, conformément aux dispositions des articles 1984 et suivants du Code civil, d'effectuer en mon nom et pour mon compte tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la « Liste des supports » en vigueur et gérés sous mandat et dans le cadre de l'orientation de gestion que j'ai choisie.

La répartition entre les catégories de supports est un cadre de gestion. En raison de la variation de la valeur des unités de compte, l'exposition de l'épargne sur les différentes classes d'actifs pourra ponctuellement ne pas respecter l'exposition cible choisie. Par ailleurs, la durée nécessaire pour atteindre ces répartitions est laissée à l'appréciation de l'assureur en fonction de la tenue des marchés, sans pouvoir toutefois excéder 90 jours.

Dans le cadre d'un Mandat Tiers, les Sociétés de gestion référencées par l'assureur ainsi que les orientations de gestion disponibles sont présentées dans le document en vigueur intitulé « Liste des Sociétés de gestion référencées par l'assureur pour la Gestion sous mandat collective en Mandat Tiers ».

CHOIX DE L'/DES ORIENTATION(S) DE GESTION ET DE LA/LES SOCIÉTÉ(S) DE GESTION :

Sur les recommandations de mon conseiller et selon mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant, je choisis l'/les orientation(s) de gestion et la/les Société(s) de gestion, parmi celles énumérées dans le document en vigueur intitulé « Liste des Sociétés de gestion référencées par l'assureur pour la Gestion sous mandat collective ». Ce document m'a été remis préalablement.

ORIENTATION DE GESTION	SOCIÉTÉ DE GESTION	VENTILATION (€ OU %) ⁽⁴⁾	
		€	%
		€	%
		€	%
TOTAL		€	

Tout changement dans l'orientation de gestion et/ou la Société de gestion devra faire l'objet d'une instruction écrite et immédiate adressée à l'assureur.

J'ai noté que l'investissement sur des supports en unités de compte supporte un risque de perte en capital. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis par l'assureur, qui ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

En cas de modification d'orientation de gestion, merci de remplir le document « Bulletin de modification d'orientation de gestion ».

TOTAL 100%

7. OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 le présent Bulletin de versement complémentaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui ont été ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), du/des Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou Fiche(s) présentant les caractéristiques principales des unités de compte sélectionnées dans le cadre de la Gestion libre, de la Gestion par horizon retraite et de la Gestion sous mandat collective. J'ai également été en mesure de prendre connaissance de l'intégralité de ces documents relatifs aux supports proposés dans la « Liste des supports » en vigueur référencée ci-après.

Ces documents sont par ailleurs disponibles sur le site Internet axathema.fr.

Je reconnais, par le présent récépissé, avoir reçu la « Liste des supports » en vigueur (réf. 2,0,0,0,2,4,3) et j'en ai pris connaissance. (Compléter impérativement la référence avec notamment le jour, le mois et l'année ci-dessus conformément à la référence indiquée en page 1 de la « Liste des supports » en vigueur transmise)

Dans le cas où j'ai choisi un support en unités de compte ou une orientation de gestion pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Notice : je reconnais, par le présent récépissé, avoir préalablement reçu un exemplaire du présent avenant, en avoir pris connaissance et l'accepter totalement. Je prends, notamment, acte que cet investissement doit respecter les conditions indiquées dans ledit avenant. La signature du présent document en vaut récépissé et acceptation.

Avant l'échéance de la garantie, les montants investis dans le fonds Croissance donnant lieu à constitution d'une provision de diversification sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers. AXA ne s'engage que sur le nombre de parts de provision de diversification, mais pas sur leur valeur.

J'ai noté que l'investissement sur des supports en unités de compte supporte un risque de perte en capital. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis par l'assureur, qui ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

9. SIGNATURES

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

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens notamment des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Signature du conseiller

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Nom et cachet de votre interlocuteur



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA.

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

AXA France
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

Nom / Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP : [] Ville :

Pays :

Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) : []

Code international d'identification de votre banque (BIC) : []

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA) :

Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur **axa.fr**.

Fait à :

Le : []

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - pour toute information me concernant.



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. CONSEILLER

Nom et prénom(s) :
N° de suivi commercial : N° portefeuille AXA :

2. CONTRAT

Nom de l'adhésion : PER Coralis N° d'adhésion :

3. ADHÉRENT(E)

M. Mme
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance : Date de naissance :
Commune : Département :
Pays : Nationalité :
Pièce d'identité en cours de validité présentée : Carte nationale d'identité Passeport Carte de séjour Permis de conduire
N° : délivrée par :
à :
le : Date de fin de validité :
Téléphone : Domicile Mobile Professionnel
E-mail : Profession précise :
Domaine d'activité : Depuis le : PCS⁽¹⁾ :

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'1 an pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique, ...) ? Oui Non
■ Une personne de votre famille ou de votre entourage (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ? Oui Non

Votre résidence fiscale : en France hors de France (UE)
Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? Oui Non
Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette adhésion sont réunies, vous possédez un identifiant fiscal américain (TIN⁽²⁾ ou SSN⁽²⁾) et un formulaire W9 que vous devrez fournir à votre conseiller ou à AXA. AXA sera tenu de déclarer annuellement votre contrat aux autorités compétentes.

En signant le présent document, je certifie sincères et véritables mes réponses sur mon pays de résidence fiscale et sur FATCA. Je m'engage à informer AXA de tout changement éventuel de ma situation pouvant avoir un impact sur mes réponses. En complément, AXA se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire et je m'engage à le lui communiquer. En cas de changement de mon pays de résidence fiscale dans un pays autre que la France ou encore en cas d'absence ou de refus de réponse ou de non communication des justificatifs demandés, je suis informé(e) que mon contrat sera déclaré tous les ans par AXA France à l'administration fiscale française qui pourra transférer cette information vers un autre État membre de l'Union européenne ou vers un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant un échange automatique d'informations à des fins fiscales.

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Viemaritale Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfants :

Adresse de la résidence principale :
Code postal : Ville :
Pays :

Tranche de revenus mensuels nets :
 Moins de 1 500 € De 1 500 à 2 500 € De 2 500 à 5 000 € De 5 000 à 10 000 €
 De 10 000 à 20 000 € De 20 000 à 40 000 € Plus de 40 000 €

Patrimoine hors immobilier :
 Moins de 10 000 € De 10 000 à 50 000 € De 50 000 à 100 000 € De 100 000 à 500 000 €
 De 500 000 à 1 000 000 € De 1 000 000 à 5 000 000 € Plus de 5 000 000 €

(1) Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) : 10 Agriculteurs exploitants – 21 Artisans – 22 Commerçants et assimilés – 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus – 31 Professions libérales et assimilés – 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques – 36 Cadres d'entreprise – 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés – 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises – 47 Techniciens – 48 Contremaîtres, agents de maîtrise – 51 Employés de la fonction publique – 54 Employés administratifs d'entreprise – 55 Employés de commerce – 56 Personnels des services directs aux particuliers – 61 Ouvriers qualifiés – 66 Ouvriers non qualifiés – 69 Ouvriers agricoles – 71 Anciens agriculteurs exploitants – 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise – 73 Anciens cadres et professions intermédiaires – 76 Anciens employés et ouvriers – 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé – 82 Inactifs divers (autres que retraités).

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number.

4. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Conformément aux dispositions et modalités de la Notice, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) **selon les ventilations indiquées ci-après.**

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% maximum des sommes versées.

Ce versement est fait ce jour :

à partir du : Numéro de compte (IBAN) :
Nom du titulaire du compte :
Nom de la banque émettrice :
Adresse de la banque émettrice :

par : Virement sur le compte d'AXA France Vie (Joindre impérativement l'avis de virement)
Références Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 0406 061 – BIC : BNPAFRPPXXX
Libellé ou motif à renseigner : PER Coralys / N° de l'adhésion – vos nom, prénom et code postal
 Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom de l'adhérent(e), tiré sur une banque française domiciliée en France)
 Prélèvement par mandat SEPA (renseigner le mandat de prélèvement SEPA joint au Bulletin de versements complémentaires et programmés)

Nature de l'origine des fonds :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

En complément, l'assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire.

5. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par prélèvement SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).

Si vous optez pour des versements programmés en cours de vie du contrat, le premier prélèvement ne pourra intervenir que le 5^e jour du mois qui suit les 30 jours à compter de la réception du dossier complet par notre Service Client.

L'enveloppe fiscale choisie sera la même pour tous les versements programmés.

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Je souhaite procéder à des versements complémentaires programmés de mon contrat selon les ventilations indiquées ci-après.

Montant de mon versement complémentaire programmé : € (minimum 100 € avec un minimum de 100 € par support d'investissement choisi).

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du 0, 5 et jusqu'au 0, 5 (inclus)

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% maximum des sommes versées.

6. PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION

**VENTILATION
DU
VERSEMENT**

1. Gestion par horizon retraite

%

Je déclare avoir pris connaissance de l'article 2.1 « La Gestion par horizon retraite » du chapitre 2 de la Notice prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion par horizon retraite, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

À compléter uniquement si ce type de gestion est choisi pour la première fois :

- J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Prudent.
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Équilibré. **Le profil Équilibré de la Gestion par horizon retraite est le profil appliqué par défaut conformément à la réglementation.**
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Dynamique.

Dans le cadre de cette option de gestion, l'assureur agit en votre nom et pour votre compte pour tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la « Liste des supports » en vigueur dans le cadre des classes d'actifs définies dans la Notice et du profil que vous avez choisi.

Les réorientations entre les différents supports en vigueur, afin de maintenir la répartition de l'épargne suivant l'allocation en vigueur de la gestion que vous avez choisie et de votre horizon de départ en retraite atteint, sont effectuées chaque semestre, sans frais.

Je note que l'échéance de la garantie du fonds Croissance dans le cadre de la Gestion par horizon retraite correspond à la date de liquidation envisagée à l'adhésion.

J'ai la possibilité de modifier cette date. La modification s'accompagnera le cas échéant de la réorientation d'épargne nécessaire lors du prochain réajustement semestriel pour que votre épargne soit investie sur les supports autorisés dans le cadre du nouvel horizon d'investissement.

2. Gestion libre (minimum 150 € par support)

%

En optant pour la Gestion libre, je renonce expressément à la règle de sécurisation de mon épargne conformément aux dispositions de l'article D. 224-3 du Code monétaire et financier.

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaître les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Notice.

Je souhaite que le montant investi dans le cadre de la Gestion libre soit effectué selon la répartition suivante, je complète le tableau ci-après :

CODE ISIN POUR LES SUPPORTS EN UC	SUPPORTS SÉLECTIONNÉS	VENTILATION ⁽³⁾	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
TOTAL		€	100 %

Pour tout premier investissement sur le fonds Croissance (choix de l'échéance) :

- Je souhaite opter pour que l'échéance de la garantie du fonds Croissance corresponde à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion avec un minimum obligatoire de 10 ans.
 Je souhaite opter pour une échéance initiale de la garantie du fonds Croissance à 10 ans.

En l'absence de choix, par défaut, l'échéance de la garantie du fonds Croissance correspond à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion.

Pour tout investissement sur le fonds Croissance (prorogation et gestion de l'échéance) :

- Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance pour une durée de 5 ans renouvelable, aux mêmes conditions que la garantie initiale (100% des sommes versées nettes de frais sur versement). Ce choix de prorogation de l'échéance concerne la totalité de l'épargne investie sur le fonds Croissance en Gestion libre, quelle que soit la date de mes versements (sauf renonciation ultérieure à la prorogation).

Je peux changer d'avis à tout moment. L'assureur peut également refuser la prorogation à tout moment.

3 mois avant l'échéance, je recevrai un courrier envoyé par l'assureur me rappelant mon choix de prorogation de l'échéance, ainsi que la possibilité d'y renoncer et d'exprimer un nouveau choix.

Si je ne coche pas cette case, c'est le dernier choix précédemment exprimé qui continue de s'appliquer.

(3) Compléter soit en montant, soit en pourcentage de l'épargne investie sur la gestion ou sur le support.

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 le présent Bulletin de versement complémentaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui ont été ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), du/des Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou Fiche(s) présentant les caractéristiques principales des unités de compte sélectionnées dans le cadre de la Gestion libre, de la Gestion par horizon retraite et de la Gestion sous mandat collective. J'ai également été en mesure de prendre connaissance de l'intégralité de ces documents relatifs aux supports proposés dans la « Liste des supports » en vigueur référencée ci-après.

Ces documents sont par ailleurs disponibles sur le site Internet axathema.fr.

Je reconnais, par le présent récépissé, avoir reçu la « Liste des supports » en vigueur (réf. 2,0,0,0,2,4,3) et j'en ai pris connaissance. (Compléter impérativement la référence avec notamment le jour, le mois et l'année ci-dessus conformément à la référence indiquée en page 1 de la « Liste des supports » en vigueur transmise)

Dans le cas où j'ai choisi un support en unités de compte ou une orientation de gestion pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Notice : je reconnais, par le présent récépissé, avoir préalablement reçu un exemplaire du présent avenant, en avoir pris connaissance et l'accepter totalement. Je prends, notamment, acte que cet investissement doit respecter les conditions indiquées dans ledit avenant. La signature du présent document en vaut récépissé et acceptation.

Avant l'échéance de la garantie, les montants investis dans le fonds Croissance donnant lieu à constitution d'une provision de diversification sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers. AXA ne s'engage que sur le nombre de parts de provision de diversification, mais pas sur leur valeur.

J'ai noté que l'investissement sur des supports en unités de compte supporte un risque de perte en capital. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis par l'assureur, qui ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

9. SIGNATURES

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

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens notamment des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Signature du conseiller

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Nom et cachet de votre interlocuteur



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA.

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

AXA France
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

Nom / Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP : [] Ville :

Pays :

Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) : []

Code international d'identification de votre banque (BIC) : []

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA) :

Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur **axa.fr**.

Fait à :

Le : []

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - pour toute information me concernant.



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. CONSEILLER

Nom et prénom(s) :
N° de suivi commercial : N° portefeuille AXA :

2. CONTRAT

Nom de l'adhésion : PER Coralis N° d'adhésion :

3. ADHÉRENT(E)

M. Mme
Nom : Prénom(s) :
Nom de naissance : Date de naissance :
Commune : Département :
Pays : Nationalité :
Pièce d'identité en cours de validité présentée : Carte nationale d'identité Passeport Carte de séjour Permis de conduire
N° : délivrée par :
à :
le : Date de fin de validité :
Téléphone : Domicile Mobile Professionnel
E-mail : Profession précise :
Domaine d'activité : Depuis le : PCS⁽¹⁾ :

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'1 an pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique, ...) ? Oui Non
■ Une personne de votre famille ou de votre entourage (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ? Oui Non

Votre résidence fiscale : en France hors de France (UE)
Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? Oui Non
Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette adhésion sont réunies, vous possédez un identifiant fiscal américain (TIN⁽²⁾ ou SSN⁽²⁾) et un formulaire W9 que vous devrez fournir à votre conseiller ou à AXA. AXA sera tenu de déclarer annuellement votre contrat aux autorités compétentes.

En signant le présent document, je certifie sincères et véritables mes réponses sur mon pays de résidence fiscale et sur FATCA. Je m'engage à informer AXA de tout changement éventuel de ma situation pouvant avoir un impact sur mes réponses. En complément, AXA se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire et je m'engage à le lui communiquer. En cas de changement de mon pays de résidence fiscale dans un pays autre que la France ou encore en cas d'absence ou de refus de réponse ou de non communication des justificatifs demandés, je suis informé(e) que mon contrat sera déclaré tous les ans par AXA France à l'administration fiscale française qui pourra transférer cette information vers un autre État membre de l'Union européenne ou vers un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant un échange automatique d'informations à des fins fiscales.

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Viemaritale Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfants :

Adresse de la résidence principale :
Code postal : Ville :
Pays :

Tranche de revenus mensuels nets :
 Moins de 1 500 € De 1 500 à 2 500 € De 2 500 à 5 000 € De 5 000 à 10 000 €
 De 10 000 à 20 000 € De 20 000 à 40 000 € Plus de 40 000 €

Patrimoine hors immobilier :
 Moins de 10 000 € De 10 000 à 50 000 € De 50 000 à 100 000 € De 100 000 à 500 000 €
 De 500 000 à 1 000 000 € De 1 000 000 à 5 000 000 € Plus de 5 000 000 €

(1) Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) : 10 Agriculteurs exploitants – 21 Artisans – 22 Commerçants et assimilés – 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus – 31 Professions libérales et assimilés – 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques – 36 Cadres d'entreprise – 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés – 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises – 47 Techniciens – 48 Contremaîtres, agents de maîtrise – 51 Employés de la fonction publique – 54 Employés administratifs d'entreprise – 55 Employés de commerce – 56 Personnels des services directs aux particuliers – 61 Ouvriers qualifiés – 66 Ouvriers non qualifiés – 69 Ouvriers agricoles – 71 Anciens agriculteurs exploitants – 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise – 73 Anciens cadres et professions intermédiaires – 76 Anciens employés et ouvriers – 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé – 82 Inactifs divers (autres que retraités).

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number.

4. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Conformément aux dispositions et modalités de la Notice, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) **selon les ventilations indiquées ci-après.**

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ce versement complémentaire (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% maximum des sommes versées.

Ce versement est fait ce jour :

à partir du : Numéro de compte (IBAN) :
Nom du titulaire du compte :
Nom de la banque émettrice :
Adresse de la banque émettrice :

par : Virement sur le compte d'AXA France Vie (Joindre impérativement l'avis de virement)
Références Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 0406 061 – BIC : BNPAFRPPXXX
Libellé ou motif à renseigner : PER Coralys / N° de l'adhésion – vos nom, prénom et code postal
 Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom de l'adhérent(e), tiré sur une banque française domiciliée en France)
 Prélèvement par mandat SEPA (renseigner le mandat de prélèvement SEPA joint au Bulletin de versements complémentaires et programmés)

Nature de l'origine des fonds :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

En complément, l'assureur se réserve la possibilité de demander tout justificatif qu'il estimera nécessaire.

5. DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par prélèvement SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).

Si vous optez pour des versements programmés en cours de vie du contrat, le premier prélèvement ne pourra intervenir que le 5^e jour du mois qui suit les 30 jours à compter de la réception du dossier complet par notre Service Client.

L'enveloppe fiscale choisie sera la même pour tous les versements programmés.

Cocher la case correspondante :

- Je ne souhaite pas bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés.
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Fillon »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin »).
 Je souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale de ces versements complémentaires programmés (enveloppe de déduction fiscale « Madelin Agricole »).

J'ai noté que mon conseiller se tient à ma disposition afin de m'informer sur les règles de détermination des enveloppes fiscales de mon adhésion.

Je souhaite procéder à des versements complémentaires programmés de mon contrat selon les ventilations indiquées ci-après.

Montant de mon versement complémentaire programmé : € (minimum 100 € avec un minimum de 100 € par support d'investissement choisi).

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu Préparer votre retraite

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du 0, 5 et jusqu'au 0, 5 (inclus)

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

L'adhérent(e) doit justifier d'un fait générateur de trésorerie datant de moins de 6 mois. **Date du fait générateur :**

- Épargne sur vos revenus (absence de fait générateur de trésorerie de -6 mois) Vente d'un bien immobilier
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Indemnité de licenciement ou transactionnelle
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation Indemnité compensatrice ou suite à un préjudice
 Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (précisez impérativement) :
 Vente d'un bien mobilier Héritage ou donation notarié(e) Épargne salariale (participation, intéressement)
 Clôture d'un compte à terme Donation sous seing privé Remboursement d'un compte courant d'associé
 Versement de dividendes Transfert de contrat
 Autre (précisez impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% maximum des sommes versées.

6. PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION

**VENTILATION
DU
VERSEMENT**

1. Gestion par horizon retraite

%

Je déclare avoir pris connaissance de l'article 2.1 « La Gestion par horizon retraite » du chapitre 2 de la Notice prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion par horizon retraite, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

À compléter uniquement si ce type de gestion est choisi pour la première fois :

- J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Prudent.
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Équilibré. **Le profil Équilibré de la Gestion par horizon retraite est le profil appliqué par défaut conformément à la réglementation.**
 J'opte pour la Gestion par horizon retraite profil Dynamique.

Dans le cadre de cette option de gestion, l'assureur agit en votre nom et pour votre compte pour tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la « Liste des supports » en vigueur dans le cadre des classes d'actifs définies dans la Notice et du profil que vous avez choisi.

Les réorientations entre les différents supports en vigueur, afin de maintenir la répartition de l'épargne suivant l'allocation en vigueur de la gestion que vous avez choisie et de votre horizon de départ en retraite atteint, sont effectuées chaque semestre, sans frais.

Je note que l'échéance de la garantie du fonds Croissance dans le cadre de la Gestion par horizon retraite correspond à la date de liquidation envisagée à l'adhésion.

J'ai la possibilité de modifier cette date. La modification s'accompagnera le cas échéant de la réorientation d'épargne nécessaire lors du prochain réajustement semestriel pour que votre épargne soit investie sur les supports autorisés dans le cadre du nouvel horizon d'investissement.

2. Gestion libre (minimum 150 € par support)

%

En optant pour la Gestion libre, je renonce expressément à la règle de sécurisation de mon épargne conformément aux dispositions de l'article D. 224-3 du Code monétaire et financier.

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaître les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Notice.

Je souhaite que le montant investi dans le cadre de la Gestion libre soit effectué selon la répartition suivante, je complète le tableau ci-après :

CODE ISIN POUR LES SUPPORTS EN UC	SUPPORTS SÉLECTIONNÉS	VENTILATION ⁽³⁾	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
TOTAL		€	100 %

Pour tout premier investissement sur le fonds Croissance (choix de l'échéance) :

- Je souhaite opter pour que l'échéance de la garantie du fonds Croissance corresponde à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion avec un minimum obligatoire de 10 ans.
 Je souhaite opter pour une échéance initiale de la garantie du fonds Croissance à 10 ans.

En l'absence de choix, par défaut, l'échéance de la garantie du fonds Croissance correspond à l'âge de liquidation envisagé choisi à l'adhésion.

Pour tout investissement sur le fonds Croissance (prorogation et gestion de l'échéance) :

- Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance pour une durée de 5 ans renouvelable, aux mêmes conditions que la garantie initiale (100% des sommes versées nettes de frais sur versement). Ce choix de prorogation de l'échéance concerne la totalité de l'épargne investie sur le fonds Croissance en Gestion libre, quelle que soit la date de mes versements (sauf renonciation ultérieure à la prorogation).

Je peux changer d'avis à tout moment. L'assureur peut également refuser la prorogation à tout moment.

3 mois avant l'échéance, je recevrai un courrier envoyé par l'assureur me rappelant mon choix de prorogation de l'échéance, ainsi que la possibilité d'y renoncer et d'exprimer un nouveau choix.

Si je ne coche pas cette case, c'est le dernier choix précédemment exprimé qui continue de s'appliquer.

(3) Compléter soit en montant, soit en pourcentage de l'épargne investie sur la gestion ou sur le support.

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 le présent Bulletin de versement complémentaire sont sincères, véritables et conformes à la réalité et que les sommes qui ont été ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), du/des Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou Fiche(s) présentant les caractéristiques principales des unités de compte sélectionnées dans le cadre de la Gestion libre, de la Gestion par horizon retraite et de la Gestion sous mandat collective. J'ai également été en mesure de prendre connaissance de l'intégralité de ces documents relatifs aux supports proposés dans la « Liste des supports » en vigueur référencée ci-après.

Ces documents sont par ailleurs disponibles sur le site Internet axathema.fr.

Je reconnais, par le présent récépissé, avoir reçu la « Liste des supports » en vigueur (réf. 2,0,0,0,2,4,3) et j'en ai pris connaissance. (Compléter impérativement la référence avec notamment le jour, le mois et l'année ci-dessus conformément à la référence indiquée en page 1 de la « Liste des supports » en vigueur transmise)

Dans le cas où j'ai choisi un support en unités de compte ou une orientation de gestion pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Notice : je reconnais, par le présent récépissé, avoir préalablement reçu un exemplaire du présent avenant, en avoir pris connaissance et l'accepter totalement. Je prends, notamment, acte que cet investissement doit respecter les conditions indiquées dans ledit avenant. La signature du présent document en vaut récépissé et acceptation.

Avant l'échéance de la garantie, les montants investis dans le fonds Croissance donnant lieu à constitution d'une provision de diversification sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers. AXA ne s'engage que sur le nombre de parts de provision de diversification, mais pas sur leur valeur.

J'ai noté que l'investissement sur des supports en unités de compte supporte un risque de perte en capital. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis par l'assureur, qui ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

9. SIGNATURES

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

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens notamment des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Signature du conseiller

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Exemplaire Adhérent(e)

Nom et cachet de votre interlocuteur



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA.

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

AXA France
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

Nom / Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP : [] Ville :

Pays :

Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) : []

Code international d'identification de votre banque (BIC) : []

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA) :

Type de contrat (exemples : auto, santé, retraite) :

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur **axa.fr**.

Fait à :

Le : []

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - pour toute information me concernant.

