SAUVEGARDER

EFFACER

BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. Partenaire

Nom du partenaire : .....

N° de suivi commercial : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° portefeuille AXA : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. Contrat

Nom du contrat : .....

N° de contrat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. Souscripteur(s)

Premier souscripteur

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

Second souscripteur (en cas de co-souscription)

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

(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.

3. Souscripteur(s) [suite]

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ 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 €

4. Demande de versements complémentaires

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de ..... € **selon les ventilations indiquées ci-après**.

Objectif de versement : ☐ Épargner et/ou faire fructifier un capital pour un projet ☐ Mise en garantie
☐ Préparer la transmission de votre épargne à vos proches ☐ Préparer votre retraite
☐ Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 nom de la banque, numéro IBAN et/ou BIC sur la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)
Libellé ou motif à renseigner : Nom du contrat / N° du contrat – vos nom, prénom et code postal

☐ Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom du souscripteur, tiré sur une banque française domiciliée en France)

☐ Prélèvement par mandat SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).
La date de valeur appliquée est le 3e ou au plus tard 4e jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Client sous réserve d'encaissement des fonds

Nature(s) de l'origine des fonds :

Le souscripteur 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 ☐ Versement de dividendes
☐ Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Préciser la société : .....
☐ Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) ☐ Héritage ou donation notarié(e)
☐ Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation ☐ Donation sous seing privé
☐ Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (préciser impérativement) : ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Vente d'un bien mobilier ☐ Épargne salariale (participation, intéressement)
☐ Autre (préciser impérativement) : .....

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

5. Demande de versements complémentaires programmés
(uniquement si prévu dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)

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

En présence de rachats programmés, la mise en place de versements complémentaires programmés n'est pas autorisée.

Les versements complémentaires programmés peuvent être uniquement mis en place en Gestion libre et en Gestion sous mandat collective.

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

Montant de mon versement complémentaire programmé : ..... € (minimum 150 €).

Selon la périodicité suivante : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

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

Dans le cadre de la mise en place de versements complémentaires programmés destinée au remboursement d'avance, je prends acte que lorsque le compte d'avance sera totalement remboursé, les versements ultérieurs seront affectés au contrat selon la ventilation précisée au « 6. Part du versement par type de gestion » et à défaut de précision, sur le support de trésorerie dans la limite des conditions définies ci-avant.

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires programmés seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

6. Part du versement par type de gestion

	Ventilation du versement
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)	**%**
1.1. Je souhaite investir au prorata de l'épargne gérée sur chacun des supports d'investissement.	%
1.2. 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 :	%

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaitre les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information ou de l'avenant qui vous a été remis avant votre premier investissement sur le fonds Croissance.

Code ISIN pour les supports en UC	Supports sélectionnés	Ventilation (3)	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
€ restant à ventiler :	% restant à ventiler : 100,00 Total	€	100 %

À l'échéance de la garantie du fonds Croissance, vous pouvez opter pour :

- le versement des sommes sous forme de capital ;
- l'arbitrage de la valeur de rachat acquise sur le fonds Croissance vers un/d'autre(s) support(s) d'investissement.

À défaut, le montant de l'épargne sera arbitré sans frais vers un support d'investissement répondant aux conditions définies à l'article A. 134-6 du Code des assurances.

3 mois avant l'échéance de la garantie, un courrier vous sera envoyé vous invitant à effectuer votre choix. Dans ce courrier l'assureur pourra également vous proposer d'autres options d'investissement.

Vous pouvez toutefois demander dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance de la garantie du fonds :

☐ Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance (10 ans) 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, 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.

Conformément à la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, les sommes arbitrées sur le fonds Croissance sont garanties à 100 % nettes des frais sur arbitrages à l'échéance uniquement (10 ans). Tout rachat ou désinvestissement sur le fonds Croissance vient diminuer la garantie à l'échéance et la provision de diversification, dans la même proportion que la diminution de la valeur de l'épargne constituée dans ce fonds.

(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

2. Gestion sous mandat collective (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve. Vous ne pouvez choisir qu'une seule orientation de gestion.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Dans le cadre de cette option de gestion, je désigne l'assureur comme mandataire selon les modalités de mon contrat et je choisis l'un des profils d'allocation répondant aux qualifications énoncées à l'article A132-5-4 du Code des assurances.

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

		Profil d'allocation		
		☐ Selection Live 2	☐ Selection Live 5	☐ Selection Live 8
Classe d'actifs	Support en UC Actions(5)	[10 % à 35 %]	[32,50 % à 65 %]	[63 % à 70 %]
	Support en UC Obligations(6)	[65 % à 90 %]	[30 % à 62,50 %]	[20 % à 27 %]
	Support en UC Mixtes(7)	[0 % à 5 %]	[0 % à 6,50 %]	0 %
	Support en UC Capital Investissement(8)	0 %	[0 % à 10 %]	[0 % à 15 %]
	Support en UC Autres(9)	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]
Caractéristiques	% minimum d'actifs à faible risque(10)	≥ 50 %	≥ 30 %	≥ 20 %
	% minimum d'OPC(11) investis en actifs non cotés et/ou éligibles au PEA/PME-ETI, par versement(12)	0 %	4 %	8 %
	Horizon de placement	3 ans	4 ans	5 ans
	Niveau de risque (SRI)(13)	3	4	4

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 ».

3. Gestion sous mandat personnalisée (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat personnalisée. Dans le cadre de cette option de gestion, j'ai signé un mandat d'arbitrage avec un mandataire.

Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée sont de ..... %/an.

Dans ce cas, j'autorise l'assureur par la signature du présent Bulletin :

- à procéder, périodiquement ou ponctuellement selon le besoin, à des arbitrages sans frais de l'épargne investie en Gestion sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur, lui permettant ainsi de prélever, sur le support de trésorerie, les frais de gestion en unités de compte, les frais supplémentaires de la Gestion sous mandat personnalisée et le cout éventuel de la garantie Plancher, propres à la partie de l'épargne gérée dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée ;
- à arbitrer l'épargne gérée sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur dans un délai de 3 mois maximum à compter de la date où l'assureur est informé de la résiliation du mandat dans les conditions prévues dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 ».

% restant à ventiler par type de gestion : 100,00 **Total** **100 %**

7. Remboursement d'avance

Conformément aux dispositions et modalités du Règlement général des avances qui m'a été remis, j'effectue un remboursement d'avance d'un montant de ..... €.

(4) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

(5) La poche actions sera exposée aux actions d'entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(6) La poche taux sera composée d'obligations émises ou garanties par des États ou des entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(7) Cette catégorie inclut les fonds dont l'actif est investi tant en actions qu'en obligations, sans prédominance de l'un ou l'autre instrument.

(8) Cette catégorie inclut notamment des supports de type FCPR (Fonds Commun de Placement à Risque).

(9) Cette catégorie inclut les fonds immobiliers, les fonds monétaires, les fonds spéculatifs et l'ensemble des actifs n'intégrant pas l'une des catégories précitées.

(10) Les supports à faible risque sont définis règlementairement comme des supports en unité de compte dont l'indicateur synthétique de risque (SRI) est inférieur ou égal à 2 (sur une échelle de 1 à 7, le niveau 7 représentant les supports les plus risques).

(11) Organisme de Placement Collectif.

(12) Il s'agit de supports en unités compte principalement investis, directement ou indirectement, en actifs non cotés et/ou en certains titres éligibles au PEA/PME-ETI, tels que des supports de capital investissement type FCPR (Fonds Communs de Placement à Risque).

(13) Le niveau de risque correspond à l'indicateur de risque figurant dans le Document d'informations spécifiques de chaque profil d'allocation, en date du présent document. En raison de la variation de l'exposition des profils aux différentes catégories de supports, et de la volatilité de chacun des supports sous-jacents, l'assureur ne s'engage pas sur la valeur du niveau de risque, qui pourrait évoluer dans le temps.

8. Observations

9. 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 et programmés 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, pour chacun des supports choisis dans le cadre de la Gestion libre et, en cas de souscription d'une option de Gestion sous mandat personnalisée (14) pour l'intégralité des supports proposés dans la Liste des supports en vigueur mentionnée ci-dessous : du/des Document(s) d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou de la/des Fiches présentant les caractéristiques principales du support.

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. ⌊ ⌋) 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 (14) pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Note d'information : 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.

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.

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.

10. Date et signature(s)

Fait à ..... , le ⌊ ⌋ **(Compléter impérativement la date)**

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

Exemplaire Assureur

IMPRIMER

(14) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S.Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. N° ORIAS 13 005 764 (orias.fr). **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR48 353 457 245. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par -le Code des assurances.**

Réf. 971668 11 2024 - COMEBACK®

Nom et cachet de votre interlocuteur

Assurance et Banque

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'Epargne (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.

AXA France IARD - Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 • **AXA France Vie -** Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 RCS Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 • **AXA Assurances VIE Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances** • Opérations d'assurances exonérées de TVA – art. 261-C CGI – sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances.

Exemplaire Assureur

Réf. 965914 05 2019 - SGI

SAUVEGARDER

EFFACER

BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. Partenaire

Nom du partenaire : .....

N° de suivi commercial : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° portefeuille AXA : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. Contrat

Nom du contrat : .....

N° de contrat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. Souscripteur(s)

Premier souscripteur

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

Second souscripteur (en cas de co-souscription)

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

(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.

3. Souscripteur(s) [suite]

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ 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 €

4. Demande de versements complémentaires

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de ..... € **selon les ventilations indiquées ci-après**.

Objectif de versement : ☐ Épargner et/ou faire fructifier un capital pour un projet ☐ Mise en garantie
☐ Préparer la transmission de votre épargne à vos proches ☐ Préparer votre retraite
☐ Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 nom de la banque, numéro IBAN et/ou BIC sur la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)
Libellé ou motif à renseigner : Nom du contrat / N° du contrat – vos nom, prénom et code postal

☐ Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom du souscripteur, tiré sur une banque française domiciliée en France)

☐ Prélèvement par mandat SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).
La date de valeur appliquée est le 3e ou au plus tard 4e jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Client sous réserve d'encaissement des fonds

Nature(s) de l'origine des fonds :

Le souscripteur 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 ☐ Versement de dividendes
☐ Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Préciser la société : .....
☐ Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) ☐ Héritage ou donation notarié(e)
☐ Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation ☐ Donation sous seing privé
☐ Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (préciser impérativement) : ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Vente d'un bien mobilier ☐ Épargne salariale (participation, intéressement)
☐ Autre (préciser impérativement) : .....

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

5. Demande de versements complémentaires programmés
(uniquement si prévu dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)

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

En présence de rachats programmés, la mise en place de versements complémentaires programmés n'est pas autorisée.

Les versements complémentaires programmés peuvent être uniquement mis en place en Gestion libre et en Gestion sous mandat collective.

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

Montant de mon versement complémentaire programmé : ..... € (minimum 150 €).

Selon la périodicité suivante : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

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

Dans le cadre de la mise en place de versements complémentaires programmés destinée au remboursement d'avance, je prends acte que lorsque le compte d'avance sera totalement remboursé, les versements ultérieurs seront affectés au contrat selon la ventilation précisée au « 6. Part du versement par type de gestion » et à défaut de précision, sur le support de trésorerie dans la limite des conditions définies ci-avant.

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires programmés seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

6. Part du versement par type de gestion

	Ventilation du versement
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)	**%**
1.1. Je souhaite investir au prorata de l'épargne gérée sur chacun des supports d'investissement.	%
1.2. 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 :	%

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaitre les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information ou de l'avenant qui vous a été remis avant votre premier investissement sur le fonds Croissance.

Code ISIN pour les supports en UC	Supports sélectionnés	Ventilation (3)	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
€ restant à ventiler :	% restant à ventiler : 100,00 **Total**	**€**	**100 %**

À l'échéance de la garantie du fonds Croissance, vous pouvez opter pour :

- le versement des sommes sous forme de capital ;
- l'arbitrage de la valeur de rachat acquise sur le fonds Croissance vers un/d'autre(s) support(s) d'investissement.

À défaut, le montant de l'épargne sera arbitré sans frais vers un support d'investissement répondant aux conditions définies à l'article A. 134-6 du Code des assurances.

3 mois avant l'échéance de la garantie, un courrier vous sera envoyé vous invitant à effectuer votre choix. Dans ce courrier l'assureur pourra également vous proposer d'autres options d'investissement.

Vous pouvez toutefois demander dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance de la garantie du fonds :

☐ Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance (10 ans) 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, 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.

Conformément à la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, les sommes arbitrées sur le fonds Croissance sont garanties à 100 % nettes des frais sur arbitrages à l'échéance uniquement (10 ans). Tout rachat ou désinvestissement sur le fonds Croissance vient diminuer la garantie à l'échéance et la provision de diversification, dans la même proportion que la diminution de la valeur de l'épargne constituée dans ce fonds.

(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

2. Gestion sous mandat collective (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve. Vous ne pouvez choisir qu'une seule orientation de gestion.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Dans le cadre de cette option de gestion, je désigne l'assureur comme mandataire selon les modalités de mon contrat et je choisis l'un des profils d'allocation répondant aux qualifications énoncées à l'article A132-5-4 du Code des assurances.

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

		Profil d'allocation		
		☐ Selection Live 2	☐ Selection Live 5	☐ Selection Live 8
Classe d'actifs	Support en UC Actions(5)	[10 % à 35 %]	[32,50 % à 65 %]	[63 % à 70 %]
	Support en UC Obligations(6)	[65 % à 90 %]	[30 % à 62,50 %]	[20 % à 27 %]
	Support en UC Mixtes(7)	[0 % à 5 %]	[0 % à 6,50 %]	0 %
	Support en UC Capital Investissement(8)	0 %	[0 % à 10 %]	[0 % à 15 %]
	Support en UC Autres(9)	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]
Caractéristiques	% minimum d'actifs à faible risque(10)	≥ 50 %	≥ 30 %	≥ 20 %
	% minimum d'OPC(11) investis en actifs non cotés et/ou éligibles au PEA/PME-ETI, par versement(12)	0 %	4 %	8 %
	Horizon de placement	3 ans	4 ans	5 ans
	Niveau de risque (SRI)(13)	3	4	4

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 ».

3. Gestion sous mandat personnalisée (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat personnalisée. Dans le cadre de cette option de gestion, j'ai signé un mandat d'arbitrage avec un mandataire.

Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée sont de ..... %/an.

Dans ce cas, j'autorise l'assureur par la signature du présent Bulletin :

- à procéder, périodiquement ou ponctuellement selon le besoin, à des arbitrages sans frais de l'épargne investie en Gestion sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur, lui permettant ainsi de prélever, sur le support de trésorerie, les frais de gestion en unités de compte, les frais supplémentaires de la Gestion sous mandat personnalisée et le cout éventuel de la garantie Plancher, propres à la partie de l'épargne gérée dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée ;
- à arbitrer l'épargne gérée sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur dans un délai de 3 mois maximum à compter de la date où l'assureur est informé de la résiliation du mandat dans les conditions prévues dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 ».

% restant à ventiler par type de gestion : 100,00 **Total** **100 %**

7. Remboursement d'avance

Conformément aux dispositions et modalités du Règlement général des avances qui m'a été remis, j'effectue un remboursement d'avance d'un montant de ..... €.

(4) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

(5) La poche actions sera exposée aux actions d'entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(6) La poche taux sera composée d'obligations émises ou garanties par des États ou des entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(7) Cette catégorie inclut les fonds dont l'actif est investi tant en actions qu'en obligations, sans prédominance de l'un ou l'autre instrument.

(8) Cette catégorie inclut notamment des supports de type FCPR (Fonds Commun de Placement à Risque).

(9) Cette catégorie inclut les fonds immobiliers, les fonds monétaires, les fonds spéculatifs et l'ensemble des actifs n'intégrant pas l'une des catégories précitées.

(10) Les supports à faible risque sont définis règlementairement comme des supports en unité de compte dont l'indicateur synthétique de risque (SRI) est inférieur ou égal à 2 (sur une échelle de 1 à 7, le niveau 7 représentant les supports les plus risques).

(11) Organisme de Placement Collectif.

(12) Il s'agit de supports en unités compte principalement investis, directement ou indirectement, en actifs non cotés et/ou en certains titres éligibles au PEA/PME-ETI, tels que des supports de capital investissement type FCPR (Fonds Communs de Placement à Risque).

(13) Le niveau de risque correspond à l'indicateur de risque figurant dans le Document d'informations spécifiques de chaque profil d'allocation, en date du présent document. En raison de la variation de l'exposition des profils aux différentes catégories de supports, et de la volatilité de chacun des supports sous-jacents, l'assureur ne s'engage pas sur la valeur du niveau de risque, qui pourrait évoluer dans le temps.

8. Observations

9. 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 et programmés 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, pour chacun des supports choisis dans le cadre de la Gestion libre et, en cas de souscription d'une option de Gestion sous mandat personnalisée (14) pour l'intégralité des supports proposés dans la Liste des supports en vigueur mentionnée ci-dessous : du/des Document(s) d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou de la/des Fiches présentant les caractéristiques principales du support.

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. ⌊ ⌋) 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 (14) pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Note d'information : 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.

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.

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.

10. Date et signature(s)

Fait à ..... , le ⌊ ⌋ **(Compléter impérativement la date)**

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

Exemplaire Banque

IMPRIMER

(14) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S.Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. N° ORIAS 13 005 764 (orias.fr). **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR48 353 457 245. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par -le Code des assurances.**

Réf. 971668 11 2024 - COMEBACK®

Nom et cachet de votre interlocuteur

Assurance et Banque

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'Epargne (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) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Exemplaire Banque

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.

AXA France IARD - Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 • **AXA France Vie -** Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 RCS Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 • **AXA Assurances VIE Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances** • Opérations d'assurances exonérées de TVA – art. 261-C CGI – sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances.

Réf. 965914 05 2019 - SGI

SAUVEGARDER

EFFACER

BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. Partenaire

Nom du partenaire : .....

N° de suivi commercial : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° portefeuille AXA : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. Contrat

Nom du contrat : .....

N° de contrat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. Souscripteur(s)

Premier souscripteur

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

Second souscripteur (en cas de co-souscription)

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

(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.

3. Souscripteur(s) [suite]

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ 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 €

4. Demande de versements complémentaires

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de ..... € **selon les ventilations indiquées ci-après**.

Objectif de versement : ☐ Épargner et/ou faire fructifier un capital pour un projet ☐ Mise en garantie
☐ Préparer la transmission de votre épargne à vos proches ☐ Préparer votre retraite
☐ Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 nom de la banque, numéro IBAN et/ou BIC sur la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)
Libellé ou motif à renseigner : Nom du contrat / N° du contrat – vos nom, prénom et code postal

☐ Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom du souscripteur, tiré sur une banque française domiciliée en France)

☐ Prélèvement par mandat SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).
La date de valeur appliquée est le 3e ou au plus tard 4e jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Client sous réserve d'encaissement des fonds

Nature(s) de l'origine des fonds :

Le souscripteur 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 ☐ Versement de dividendes
☐ Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Préciser la société : .....
☐ Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) ☐ Héritage ou donation notarié(e)
☐ Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation ☐ Donation sous seing privé
☐ Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (préciser impérativement) : ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Vente d'un bien mobilier ☐ Épargne salariale (participation, intéressement)
☐ Autre (préciser impérativement) : .....

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

5. Demande de versements complémentaires programmés
(uniquement si prévu dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)

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

En présence de rachats programmés, la mise en place de versements complémentaires programmés n'est pas autorisée.

Les versements complémentaires programmés peuvent être uniquement mis en place en Gestion libre et en Gestion sous mandat collective.

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

Montant de mon versement complémentaire programmé : ..... € (minimum 150 €).

Selon la périodicité suivante : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

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

Dans le cadre de la mise en place de versements complémentaires programmés destinée au remboursement d'avance, je prends acte que lorsque le compte d'avance sera totalement remboursé, les versements ultérieurs seront affectés au contrat selon la ventilation précisée au « 6. Part du versement par type de gestion » et à défaut de précision, sur le support de trésorerie dans la limite des conditions définies ci-avant.

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires programmés seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

6. Part du versement par type de gestion

	Ventilation du versement
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)	**%**
1.1. Je souhaite investir au prorata de l'épargne gérée sur chacun des supports d'investissement.	%
1.2. 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 :	%

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaitre les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information ou de l'avenant qui vous a été remis avant votre premier investissement sur le fonds Croissance.

Code ISIN pour les supports en UC	Supports sélectionnés	Ventilation (3)	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
€ restant à ventiler :	% restant à ventiler : 100,00 **Total**	**€**	**100 %**

À l'échéance de la garantie du fonds Croissance, vous pouvez opter pour :

- le versement des sommes sous forme de capital ;
- l'arbitrage de la valeur de rachat acquise sur le fonds Croissance vers un/d'autre(s) support(s) d'investissement.

À défaut, le montant de l'épargne sera arbitré sans frais vers un support d'investissement répondant aux conditions définies à l'article A. 134-6 du Code des assurances.

3 mois avant l'échéance de la garantie, un courrier vous sera envoyé vous invitant à effectuer votre choix. Dans ce courrier l'assureur pourra également vous proposer d'autres options d'investissement.

Vous pouvez toutefois demander dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance de la garantie du fonds :

☐ Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance (10 ans) 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, 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.

Conformément à la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, les sommes arbitrées sur le fonds Croissance sont garanties à 100 % nettes des frais sur arbitrages à l'échéance uniquement (10 ans). Tout rachat ou désinvestissement sur le fonds Croissance vient diminuer la garantie à l'échéance et la provision de diversification, dans la même proportion que la diminution de la valeur de l'épargne constituée dans ce fonds.

(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

2. Gestion sous mandat collective (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve. Vous ne pouvez choisir qu'une seule orientation de gestion.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Dans le cadre de cette option de gestion, je désigne l'assureur comme mandataire selon les modalités de mon contrat et je choisis l'un des profils d'allocation répondant aux qualifications énoncées à l'article A132-5-4 du Code des assurances.

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

		Profil d'allocation		
		☐ Selection Live 2	☐ Selection Live 5	☐ Selection Live 8
Classe d'actifs	Support en UC Actions(5)	[10 % à 35 %]	[32,50 % à 65 %]	[63 % à 70 %]
	Support en UC Obligations(6)	[65 % à 90 %]	[30 % à 62,50 %]	[20 % à 27 %]
	Support en UC Mixtes(7)	[0 % à 5 %]	[0 % à 6,50 %]	0 %
	Support en UC Capital Investissement(8)	0 %	[0 % à 10 %]	[0 % à 15 %]
	Support en UC Autres(9)	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]
Caractéristiques	% minimum d'actifs à faible risque(10)	≥ 50 %	≥ 30 %	≥ 20 %
	% minimum d'OPC(11) investis en actifs non cotés et/ou éligibles au PEA/PME-ETI, par versement(12)	0 %	4 %	8 %
	Horizon de placement	3 ans	4 ans	5 ans
	Niveau de risque (SRI)(13)	3	4	4

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 ».

3. Gestion sous mandat personnalisée (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat personnalisée. Dans le cadre de cette option de gestion, j'ai signé un mandat d'arbitrage avec un mandataire.

Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée sont de ..... %/an.

Dans ce cas, j'autorise l'assureur par la signature du présent Bulletin :

- à procéder, périodiquement ou ponctuellement selon le besoin, à des arbitrages sans frais de l'épargne investie en Gestion sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur, lui permettant ainsi de prélever, sur le support de trésorerie, les frais de gestion en unités de compte, les frais supplémentaires de la Gestion sous mandat personnalisée et le cout éventuel de la garantie Plancher, propres à la partie de l'épargne gérée dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée ;
- à arbitrer l'épargne gérée sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur dans un délai de 3 mois maximum à compter de la date où l'assureur est informé de la résiliation du mandat dans les conditions prévues dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 ».

% restant à ventiler par type de gestion : 100,00 **Total** **100 %**

7. Remboursement d'avance

Conformément aux dispositions et modalités du Règlement général des avances qui m'a été remis, j'effectue un remboursement d'avance d'un montant de ..... €.

(4) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

(5) La poche actions sera exposée aux actions d'entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(6) La poche taux sera composée d'obligations émises ou garanties par des États ou des entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(7) Cette catégorie inclut les fonds dont l'actif est investi tant en actions qu'en obligations, sans prédominance de l'un ou l'autre instrument.

(8) Cette catégorie inclut notamment des supports de type FCPR (Fonds Commun de Placement à Risque).

(9) Cette catégorie inclut les fonds immobiliers, les fonds monétaires, les fonds spéculatifs et l'ensemble des actifs n'intégrant pas l'une des catégories précitées.

(10) Les supports à faible risque sont définis règlementairement comme des supports en unité de compte dont l'indicateur synthétique de risque (SRI) est inférieur ou égal à 2 (sur une échelle de 1 à 7, le niveau 7 représentant les supports les plus risques).

(11) Organisme de Placement Collectif.

(12) Il s'agit de supports en unités compte principalement investis, directement ou indirectement, en actifs non cotés et/ou en certains titres éligibles au PEA/PME-ETI, tels que des supports de capital investissement type FCPR (Fonds Communs de Placement à Risque).

(13) Le niveau de risque correspond à l'indicateur de risque figurant dans le Document d'informations spécifiques de chaque profil d'allocation, en date du présent document. En raison de la variation de l'exposition des profils aux différentes catégories de supports, et de la volatilité de chacun des supports sous-jacents, l'assureur ne s'engage pas sur la valeur du niveau de risque, qui pourrait évoluer dans le temps.

8. Observations

9. 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 et programmés 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, pour chacun des supports choisis dans le cadre de la Gestion libre et, en cas de souscription d'une option de Gestion sous mandat personnalisée (14) pour l'intégralité des supports proposés dans la Liste des supports en vigueur mentionnée ci-dessous : du/des Document(s) d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou de la/des Fiches présentant les caractéristiques principales du support.

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. ⌊ ⌋) 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 (14) pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Note d'information : 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.

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.

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.

10. Date et signature(s)

Fait à ..... , le ⌊ ⌋ **(Compléter impérativement la date)**

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

IMPRIMER

(14) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S.Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. N° ORIAS 13 005 764 (orias.fr). **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR48 353 457 245. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par -le Code des assurances.**

Réf. 971668 11 2024 - COMEBACK®

Exemplaire Partenaire

Nom et cachet de votre interlocuteur

Assurance et Banque

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'Epargne (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.

Exemplaire Partenaire

AXA France IARD - Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 • **AXA France Vie -** Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 RCS Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 • **AXA Assurances VIE Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances** • Opérations d'assurances exonérées de TVA – art. 261-C CGI – sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances.

Réf. 965914 05 2019 - SGI

SAUVEGARDER EFFACER

BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

1. Partenaire

Nom du partenaire : ....

N° de suivi commercial : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° portefeuille AXA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Contrat

Nom du contrat : ....

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

3. Souscripteur(s)

Premier souscripteur

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

Second souscripteur (en cas de co-souscription)

☐ 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

Êtes-vous un résident fiscal en France ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, et dans le cas où les conditions nécessaires à cette souscription 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.

(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.

3. Souscripteur(s) [suite]

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ 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 €

4. Demande de versements complémentaires

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de ..... € **selon les ventilations indiquées ci-après**.

Objectif de versement : ☐ Épargner et/ou faire fructifier un capital pour un projet ☐ Mise en garantie
☐ Préparer la transmission de votre épargne à vos proches ☐ Préparer votre retraite
☐ Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 nom de la banque, numéro IBAN et/ou BIC sur la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)
Libellé ou motif à renseigner : Nom du contrat / N° du contrat – vos nom, prénom et code postal

☐ Chèque à l'ordre d'AXA France Vie (au nom du souscripteur, tiré sur une banque française domiciliée en France)

☐ Prélèvement par mandat SEPA (joindre un IBAN et le mandat de prélèvement complété et signé).
La date de valeur appliquée est le 3e ou au plus tard 4e jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Client sous réserve d'encaissement des fonds

Nature(s) de l'origine des fonds :

Le souscripteur 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 ☐ Versement de dividendes
☐ Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Préciser la société : .....
☐ Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) ☐ Héritage ou donation notarié(e)
☐ Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou de capitalisation ☐ Donation sous seing privé
☐ Rachat d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation. Date d'effet du contrat racheté (préciser impérativement) : ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ Vente d'un bien mobilier ☐ Épargne salariale (participation, intéressement)
☐ Autre (préciser impérativement) : .....

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

5. Demande de versements complémentaires programmés
(uniquement si prévu dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information)

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

En présence de rachats programmés, la mise en place de versements complémentaires programmés n'est pas autorisée.

Les versements complémentaires programmés peuvent être uniquement mis en place en Gestion libre et en Gestion sous mandat collective.

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

Montant de mon versement complémentaire programmé : ..... € (minimum 150 €).

Selon la périodicité suivante : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

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

Dans le cadre de la mise en place de versements complémentaires programmés destinée au remboursement d'avance, je prends acte que lorsque le compte d'avance sera totalement remboursé, les versements ultérieurs seront affectés au contrat selon la ventilation précisée au « 6. Part du versement par type de gestion » et à défaut de précision, sur le support de trésorerie dans la limite des conditions définies ci-avant.

J'ai pris acte que des frais sur les versements complémentaires programmés seront prelevés. Le taux est indiqué dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

6. Part du versement par type de gestion

	Ventilation du versement
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)	**%**
1.1. Je souhaite investir au prorata de l'épargne gérée sur chacun des supports d'investissement.	%
1.2. 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 :	%

Les versements sur le fonds Croissance sont limités les 2 années précédant l'échéance de la garantie. Pour connaitre les conditions et modalités de cette limitation, nous vous invitons à prendre connaissance de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information ou de l'avenant qui vous a été remis avant votre premier investissement sur le fonds Croissance.

Code ISIN pour les supports en UC	Supports sélectionnés	Ventilation (3)	
1.		€	%
2.		€	%
3.		€	%
4.		€	%
5.		€	%
6.		€	%
7.		€	%
8.		€	%
9.		€	%
10.		€	%
€ restant à ventiler :	% restant à ventiler : 100,00 **Total**	**€**	**100 %**

À l'échéance de la garantie du fonds Croissance, vous pouvez opter pour :

- le versement des sommes sous forme de capital ;
- l'arbitrage de la valeur de rachat acquise sur le fonds Croissance vers un/d'autre(s) support(s) d'investissement.

À défaut, le montant de l'épargne sera arbitré sans frais vers un support d'investissement répondant aux conditions définies à l'article A. 134-6 du Code des assurances.

3 mois avant l'échéance de la garantie, un courrier vous sera envoyé vous invitant à effectuer votre choix. Dans ce courrier l'assureur pourra également vous proposer d'autres options d'investissement.

Vous pouvez toutefois demander dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance de la garantie du fonds :

☐ Je demande expressément dès aujourd'hui la prorogation de l'échéance initiale de la garantie du fonds Croissance (10 ans) 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, 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.

Conformément à la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information, les sommes arbitrées sur le fonds Croissance sont garanties à 100 % nettes des frais sur arbitrages à l'échéance uniquement (10 ans). Tout rachat ou désinvestissement sur le fonds Croissance vient diminuer la garantie à l'échéance et la provision de diversification, dans la même proportion que la diminution de la valeur de l'épargne constituée dans ce fonds.

(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

2. Gestion sous mandat collective (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve. Vous ne pouvez choisir qu'une seule orientation de gestion.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Dans le cadre de cette option de gestion, je désigne l'assureur comme mandataire selon les modalités de mon contrat et je choisis l'un des profils d'allocation répondant aux qualifications énoncées à l'article A132-5-4 du Code des assurances.

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

		Profil d'allocation		
		☐ Selection Live 2	☐ Selection Live 5	☐ Selection Live 8
Classe d'actifs	Support en UC Actions(5)	[10 % à 35 %]	[32,50 % à 65 %]	[63 % à 70 %]
	Support en UC Obligations(6)	[65 % à 90 %]	[30 % à 62,50 %]	[20 % à 27 %]
	Support en UC Mixtes(7)	[0 % à 5 %]	[0 % à 6,50 %]	0 %
	Support en UC Capital Investissement(8)	0 %	[0 % à 10 %]	[0 % à 15 %]
	Support en UC Autres(9)	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]	[0 % à 10 %]
Caractéristiques	% minimum d'actifs à faible risque(10)	≥ 50 %	≥ 30 %	≥ 20 %
	% minimum d'OPC(11) investis en actifs non cotés et/ou éligibles au PEA/PME-ETI, par versement(12)	0 %	4 %	8 %
	Horizon de placement	3 ans	4 ans	5 ans
	Niveau de risque (SRI)(13)	3	4	4

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 ».

3. Gestion sous mandat personnalisée (4)

[redacted] %

Je déclare avoir pris connaissance du chapitre de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information prévoyant la possibilité d'opter pour la Gestion sous mandat d'arbitrage, et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

☐ J'opte pour la Gestion sous mandat personnalisée. Dans le cadre de cette option de gestion, j'ai signé un mandat d'arbitrage avec un mandataire.

Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée sont de ..... %/an.

Dans ce cas, j'autorise l'assureur par la signature du présent Bulletin :

- à procéder, périodiquement ou ponctuellement selon le besoin, à des arbitrages sans frais de l'épargne investie en Gestion sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur, lui permettant ainsi de prélever, sur le support de trésorerie, les frais de gestion en unités de compte, les frais supplémentaires de la Gestion sous mandat personnalisée et le cout éventuel de la garantie Plancher, propres à la partie de l'épargne gérée dans le cadre de la Gestion sous mandat personnalisée ;
- à arbitrer l'épargne gérée sous mandat vers le support de trésorerie indiqué dans la « Liste des supports » en vigueur dans un délai de 3 mois maximum à compter de la date où l'assureur est informé de la résiliation du mandat dans les conditions prévues dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information.

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 ».

% restant à ventiler par type de gestion : 100,00 **Total** **100 %**

7. Remboursement d'avance

Conformément aux dispositions et modalités du Règlement général des avances qui m'a été remis, j'effectue un remboursement d'avance d'un montant de ..... €.

(4) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

(5) La poche actions sera exposée aux actions d'entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(6) La poche taux sera composée d'obligations émises ou garanties par des États ou des entreprises principalement de pays membres de l'OCDE, incluant une possible exposition en pays émergents.

(7) Cette catégorie inclut les fonds dont l'actif est investi tant en actions qu'en obligations, sans prédominance de l'un ou l'autre instrument.

(8) Cette catégorie inclut notamment des supports de type FCPR (Fonds Commun de Placement à Risque).

(9) Cette catégorie inclut les fonds immobiliers, les fonds monétaires, les fonds spéculatifs et l'ensemble des actifs n'intégrant pas l'une des catégories précitées.

(10) Les supports à faible risque sont définis règlementairement comme des supports en unité de compte dont l'indicateur synthétique de risque (SRI) est inférieur ou égal à 2 (sur une échelle de 1 à 7, le niveau 7 représentant les supports les plus risques).

(11) Organisme de Placement Collectif.

(12) Il s'agit de supports en unités compte principalement investis, directement ou indirectement, en actifs non cotés et/ou en certains titres éligibles au PEA/PME-ETI, tels que des supports de capital investissement type FCPR (Fonds Communs de Placement à Risque).

(13) Le niveau de risque correspond à l'indicateur de risque figurant dans le Document d'informations spécifiques de chaque profil d'allocation, en date du présent document. En raison de la variation de l'exposition des profils aux différentes catégories de supports, et de la volatilité de chacun des supports sous-jacents, l'assureur ne s'engage pas sur la valeur du niveau de risque, qui pourrait évoluer dans le temps.

8. Observations

9. 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 et programmés 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, pour chacun des supports choisis dans le cadre de la Gestion libre et, en cas de souscription d'une option de Gestion sous mandat personnalisée (14) pour l'intégralité des supports proposés dans la Liste des supports en vigueur mentionnée ci-dessous : du/des Document(s) d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), Document(s) d'Informations Clés (DIC), Prospectus ou de la/des Fiches présentant les caractéristiques principales du support.

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. ⌊ ⌋) 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 (14) pour lesquels les dispositions spécifiques liées à l'investissement ont été détaillées dans un avenant à la Note d'information : 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.

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.

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.

10. Date et signature(s)

Fait à ..... , le ⌊ ⌋ **(Compléter impérativement la date)**

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

Exemplaire Souscripteur

IMPRIMER

(14) Uniquement si ce mode de gestion est disponible dans la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information que j'ai signé.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S.Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959. N° ORIAS 13 005 764 (orias.fr). **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR48 353 457 245. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par -le Code des assurances.**

Réf. 971668 11 2024 - COMEBACK®

Nom et cachet de votre interlocuteur

Assurance et Banque

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'Epargne (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) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Exemplaire Souscripteur

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.

AXA France IARD - Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre - TVA intracommunautaire N° FR 14 722 057 460 • **AXA France Vie -** Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 RCS Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 TVA intracommunautaire N° FR 39 775 699 309 • **AXA Assurances VIE Mutuelle -** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances** • Opérations d'assurances exonérées de TVA – art. 261-C CGI – sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances.

Réf. 965914 05 2019 - SGI