DEMANDE D'ARBITRAGE A L'ATTENTION DU SERVICE CLIENTS FAX N° 01.64 73 43 86

service.scepargnegeneraliste@axa.fr

| | | Le | |
|---|--------------------|-----------------|--------------------|
| Le Client soussigné _ | | | |
| Police Vital 2000 _ _ _ _ _ _ | | | |
| Demande que soit effectuée l'opération suivante, conformément aux conditions générales : | | | |
| SORTIE | | AFFECTATION | |
| FONDS CONCERNES | | FONDS CONCERNES | |
| SUPPORT | MONTANT OU % | SUPPORT | MONTANT OU % |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Dans l'hypothèse où il existe des revenus réguliers sur ce contrat cette option demeure inchangée : OUI NON | | | |
| Le contrat est éventuellement nanti : | | oui 🗖 | NON |
| En cas de réponse affirmative, nom du nantisseur | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| L'ADHERENT | | | L'ASSURE |

Si différent de l'adhérent ou deuxième titulaire en cas de compte joint