



## BULLETIN DE VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Cet acte a fait l'objet d'une saisie sur l'extranet partenariats.

N° d'acte \_\_\_\_\_

Nom du contrat \_\_\_\_\_

Contrat N° \_\_\_\_\_

### SOUSCRIPTEUR

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Nom d'état civil de naissance (si différent) \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence principale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Profession exacte \_\_\_\_\_

### VERSEMENT COMPLEMENTAIRE

Conformément aux dispositions et modalités des conditions Générales, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de \_\_\_\_\_ €<sup>(1)</sup> (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) selon la ventilation indiquée ci-dessous.

**J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4.5% des sommes versées à l'exception de Coralys Indépendants dont les frais sont de 5%.**

Pour chaque support en unités de compte, les informations sur les caractéristiques principales sont tenus à votre disposition et peuvent vous être fournis sur simple demande. Pour les supports agréés par l'AMF, nous vous rappelons que les prospectus simplifiés sont également disponibles à l'adresse électronique suivante : <http://www.amf-france.org>

Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation
1.		%
2.		%
3.		%
4.		%
5.		%
6.		%
7.		%
8.		%
9.		%
10.		%
TOTAL		100 %

Ce versement est fait ce jour :

Par chèque à l'ordre d'AXA France Vie

Par virement au compte d'AXA France Vie (joindre impérativement l'avis de virement) auprès de la banque BNP PARIBAS RIB N° 30004-00818-00016124303-27

Libellé ou motif à renseigner : Nom Contrat / n° contrat, vos nom, prénom et code postal.

<sup>(1)</sup> Remplir le Bilan de Situation Financière dans le cas d'un versement complémentaire brut supérieur ou égal à 150 000 €, ou lorsque le versement effectué conduit à un cumul de versements supérieur ou égal à 150 000 €, ou si le client est âgé de 85 ans ou plus.

Les informations relatives à l'origine des fonds doivent être obligatoirement renseignées. Les autres informations n'ont pas à être communiquées à nouveau si elles l'ont déjà été dans un précédent Bilan de Situation Financière et si elles sont toujours valables.

### OBSERVATIONS

**BILAN DE SITUATION FINANCIERE (BSF)****PRÉCISIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR**Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Vous êtes en activité, précisez dans quelle société, quel secteur, quel type d'activité ou quelle nature de commerce : \_\_\_\_\_

Depuis quand exercez-vous cette activité ? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Précisions sur votre activité** et notamment si celle-ci est susceptible de générer de manière régulière des versements en espèces : \_\_\_\_\_ Vous êtes dans une autre situation :

Nature de cette situation \_\_\_\_\_ Depuis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Profession antérieure \_\_\_\_\_

Dans quel secteur ou type d'activité ou nature de commerce ? \_\_\_\_\_

**SITUATION FINANCIÈRE****Proportion du patrimoine représentée par le versement :** Moins de 25 %  De 25 % à 50 %  De 50 % à 75 %  Plus de 75 %**Tranche de revenus annuels nets :** Moins de 30 000 €  De 30 000 € à 60 000 €  De 60 000 € à 90 000 €  De 90 000 € à 120 000 €  Plus de 120 000 €**Origine des fonds :** Epargne sur les revenus annuels \_\_\_\_\_  Vente de parts sociales ou d'outils de travail. Précisez la société \_\_\_\_\_**Précisions sur l'origine des fonds :** \_\_\_\_\_**Fournir obligatoirement les justificatifs d'origine des fonds.****COORDONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS FINANCIERS (INTERVENANT DANS LE MODE DE PAIEMENT)**

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens des articles L. 562-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement des entreprises terroristes

Nom et signature du conseiller :

**MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES** CHANGEMENT D'ADRESSE (nouvelle adresse indiquée ci-dessus) CHANGEMENT D'ETAT CIVIL (joindre le justificatif) MODIFICATION DE COORDONNEES BANCAIRES (joindre le nouveau RIB) CHANGEMENT DE BENEFICIAIRE : Si le souscripteur désire changer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s), il devra adresser à l'assureur une lettre manuscrite rédigée de la façon suivante :

" Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à \_\_\_\_\_ souscripteur du contrat n° \_\_\_\_\_ déclare désigner les bénéficiaires de mon contrat \_\_\_\_\_

Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente. Date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Signature : "

**OBSERVATIONS**Je reconnais, par le présent **récépissé**, avoir reçu un exemplaire de l'annexe : « Liste des supports de la gamme Coralys Référence | **705929** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| » et j'en ai pris connaissance.**(compléter impérativement le mois et l'année)**

Je reconnais avoir reçu pour chacun des OPCVM de droit français choisi : le prospectus simplifié visé par l'AMF, pour tout autre type de support choisi : la fiche présentant les Caractéristiques Principales.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes. Je déclare être pleinement informé(e) de ce que AXA est soumis, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L. 562-1 et suivants, R.62-1 et suivants du code monétaire et financier).

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. J'autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Je l'autorise également à utiliser mes données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient. Je dispose d'un 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.

Fait à \_\_\_\_\_ le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Visa du conseiller

Nom :

Code :

Signature du souscripteur  
(précédée de la mention " Lu et approuvé ")



## BULLETIN DE VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Cet acte a fait l'objet d'une saisie sur l'extranet partenariats.

N° d'acte \_\_\_\_\_

Nom du contrat \_\_\_\_\_

Contrat N° \_\_\_\_\_

### SOUSCRIPTEUR

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Nom d'état civil de naissance (si différent) \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence principale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Profession exacte \_\_\_\_\_

### VERSEMENT COMPLEMENTAIRE

Conformément aux dispositions et modalités des conditions Générales, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de \_\_\_\_\_ €<sup>(1)</sup> (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) selon la ventilation indiquée ci-dessous.

**J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4.5% des sommes versées à l'exception de Coralys Indépendants dont les frais sont de 5%.**

Pour chaque support en unités de compte, les informations sur les caractéristiques principales sont tenus à votre disposition et peuvent vous être fournis sur simple demande. Pour les supports agréés par l'AMF, nous vous rappelons que les prospectus simplifiés sont également disponibles à l'adresse électronique suivante : <http://www.amf-france.org>

Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation
1.		%
2.		%
3.		%
4.		%
5.		%
6.		%
7.		%
8.		%
9.		%
10.		%
TOTAL		100 %

Ce versement est fait ce jour :

Par chèque à l'ordre d'AXA France Vie

Par virement au compte d'AXA France Vie (joindre impérativement l'avis de virement) auprès de la banque BNP PARIBAS RIB N° 30004-00818-00016124303-27

Libellé ou motif à renseigner : Nom Contrat / n° contrat, vos nom, prénom et code postal.

<sup>(1)</sup> Remplir le Bilan de Situation Financière dans le cas d'un versement complémentaire brut supérieur ou égal à 150 000 €, ou lorsque le versement effectué conduit à un cumul de versements supérieur ou égal à 150 000 €, ou si le client est âgé de 85 ans ou plus.

Les informations relatives à l'origine des fonds doivent être obligatoirement renseignées. Les autres informations n'ont pas à être communiquées à nouveau si elles l'ont déjà été dans un précédent Bilan de Situation Financière et si elles sont toujours valables.

### OBSERVATIONS





## BULLETIN DE VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Cet acte a fait l'objet d'une saisie sur l'extranet partenariats.

N° d'acte \_\_\_\_\_

Nom du contrat \_\_\_\_\_

Contrat N° \_\_\_\_\_

### SOUSCRIPTEUR

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Nom d'état civil de naissance (si différent) \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence principale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Profession exacte \_\_\_\_\_

### VERSEMENT COMPLEMENTAIRE

Conformément aux dispositions et modalités des conditions Générales, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de \_\_\_\_\_ €<sup>(1)</sup> (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) selon la ventilation indiquée ci-dessous.

**J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4.5% des sommes versées à l'exception de Coralys Indépendants dont les frais sont de 5%.**

Pour chaque support en unités de compte, les informations sur les caractéristiques principales sont tenus à votre disposition et peuvent vous être fournis sur simple demande. Pour les supports agréés par l'AMF, nous vous rappelons que les prospectus simplifiés sont également disponibles à l'adresse électronique suivante : <http://www.amf-france.org>

Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation
1.		%
2.		%
3.		%
4.		%
5.		%
6.		%
7.		%
8.		%
9.		%
10.		%
TOTAL		100 %

Ce versement est fait ce jour :

Par chèque à l'ordre d'AXA France Vie

Par virement au compte d'AXA France Vie (joindre impérativement l'avis de virement) auprès de la banque BNP PARIBAS RIB N° 30004-00818-00016124303-27

Libellé ou motif à renseigner : Nom Contrat / n° contrat, vos nom, prénom et code postal.

<sup>(1)</sup> Remplir le Bilan de Situation Financière dans le cas d'un versement complémentaire brut supérieur ou égal à 150 000 €, ou lorsque le versement effectué conduit à un cumul de versements supérieur ou égal à 150 000 €, ou si le client est âgé de 85 ans ou plus.

Les informations relatives à l'origine des fonds doivent être obligatoirement renseignées. Les autres informations n'ont pas à être communiquées à nouveau si elles l'ont déjà été dans un précédent Bilan de Situation Financière et si elles sont toujours valables.

### OBSERVATIONS

**BILAN DE SITUATION FINANCIERE (BSF)****PRÉCISIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR**Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Vous êtes en activité, précisez dans quelle société, quel secteur, quel type d'activité ou quelle nature de commerce : \_\_\_\_\_

Depuis quand exercez-vous cette activité ? | | | | | | | | | |

**Précisions sur votre activité** et notamment si celle-ci est susceptible de générer de manière régulière des versements en espèces : \_\_\_\_\_ Vous êtes dans une autre situation :

Nature de cette situation \_\_\_\_\_ Depuis | | | | | | | | | |

Profession antérieure \_\_\_\_\_

Dans quel secteur ou type d'activité ou nature de commerce ? \_\_\_\_\_

**SITUATION FINANCIÈRE****Proportion du patrimoine représentée par le versement :** Moins de 25 %  De 25 % à 50 %  De 50 % à 75 %  Plus de 75 %**Tranche de revenus annuels nets :** Moins de 30 000 €  De 30 000 € à 60 000 €  De 60 000 € à 90 000 €  De 90 000 € à 120 000 €  Plus de 120 000 €**Origine des fonds :** Epargne sur les revenus annuels \_\_\_\_\_  Vente de parts sociales ou d'outils de travail. Précisez la société \_\_\_\_\_**Précisions sur l'origine des fonds :** \_\_\_\_\_**Fournir obligatoirement les justificatifs d'origine des fonds.****COORDONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS FINANCIERS (INTERVENANT DANS LE MODE DE PAIEMENT)**

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens des articles L. 562-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement des entreprises terroristes

Nom et signature du conseiller :

**MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES** CHANGEMENT D'ADRESSE (nouvelle adresse indiquée ci-dessus) CHANGEMENT D'ETAT CIVIL (joindre le justificatif) MODIFICATION DE COORDONNEES BANCAIRES (joindre le nouveau RIB) CHANGEMENT DE BENEFICIAIRE : Si le souscripteur désire changer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s), il devra adresser à l'assureur une lettre manuscrite rédigée de la façon suivante :

" Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à \_\_\_\_\_ souscripteur du contrat n° \_\_\_\_\_ déclare désigner les bénéficiaires de mon contrat \_\_\_\_\_

Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente. Date : | | | | | | | | | | Signature : "

**OBSERVATIONS**Je reconnais, par le présent **récépissé**, avoir reçu un exemplaire de l'annexe : « Liste des supports de la gamme Coralys Référence **705929** | | | | | | | | | | » et j'en ai pris connaissance. **(compléter impérativement le mois et l'année)**

Je reconnais avoir reçu pour chacun des OPCVM de droit français choisi : le prospectus simplifié visé par l'AMF, pour tout autre type de support choisi : la fiche présentant les Caractéristiques Principales.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes. Je déclare être pleinement informé(e) de ce que AXA est soumis, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L. 562-1 et suivants, R.62-1 et suivants du code monétaire et financier).

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. J'autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Je l'autorise également à utiliser mes données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient. Je dispose d'un 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.

Fait à \_\_\_\_\_ le | | | | | | | | | |

Visa du conseiller

Nom :

Code :

Signature du souscripteur  
(précédée de la mention " Lu et approuvé ")



## BULLETIN DE VERSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Cet acte a fait l'objet d'une saisie sur l'extranet partenariats.

N° d'acte \_\_\_\_\_

Nom du contrat \_\_\_\_\_

Contrat N° \_\_\_\_\_

### SOUSCRIPTEUR

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Nom d'état civil de naissance (si différent) \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence principale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Profession exacte \_\_\_\_\_

### VERSEMENT COMPLEMENTAIRE

Conformément aux dispositions et modalités des conditions Générales, j'effectue un versement complémentaire d'un montant de \_\_\_\_\_ €<sup>(1)</sup> (minimum 500 € avec un minimum de 150 € par support) selon la ventilation indiquée ci-dessous.

**J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4.5% des sommes versées à l'exception de Coralys Indépendants dont les frais sont de 5%.**

Pour chaque support en unités de compte, les informations sur les caractéristiques principales sont tenus à votre disposition et peuvent vous être fournis sur simple demande. Pour les supports agréés par l'AMF, nous vous rappelons que les prospectus simplifiés sont également disponibles à l'adresse électronique suivante : <http://www.amf-france.org>

Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation
1.		%
2.		%
3.		%
4.		%
5.		%
6.		%
7.		%
8.		%
9.		%
10.		%
TOTAL		100 %

Ce versement est fait ce jour :

Par chèque à l'ordre d'AXA France Vie

Par virement au compte d'AXA France Vie (joindre impérativement l'avis de virement) auprès de la banque BNP PARIBAS RIB N° 30004-00818-00016124303-27

Libellé ou motif à renseigner : Nom Contrat / n° contrat, vos nom, prénom et code postal.

<sup>(1)</sup> Remplir le Bilan de Situation Financière dans le cas d'un versement complémentaire brut supérieur ou égal à 150 000 €, ou lorsque le versement effectué conduit à un cumul de versements supérieur ou égal à 150 000 €, ou si le client est âgé de 85 ans ou plus.

Les informations relatives à l'origine des fonds doivent être obligatoirement renseignées. Les autres informations n'ont pas à être communiquées à nouveau si elles l'ont déjà été dans un précédent Bilan de Situation Financière et si elles sont toujours valables.

### OBSERVATIONS

**BILAN DE SITUATION FINANCIERE (BSF)**

**PRÉCISIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR**

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Vous êtes en activité, précisez dans quelle société, quel secteur, quel type d'activité ou quelle nature de commerce : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Depuis quand exercez-vous cette activité ? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Précisions sur votre activité** et notamment si celle-ci est susceptible de générer de manière régulière des versements en espèces :  
 \_\_\_\_\_

Vous êtes dans une autre situation :  
 Nature de cette situation \_\_\_\_\_ Depuis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Profession antérieure \_\_\_\_\_  
 Dans quel secteur ou type d'activité ou nature de commerce ? \_\_\_\_\_

**SITUATION FINANCIÈRE**

**Proportion du patrimoine représentée par le versement :**  
 Moins de 25 %  De 25 % à 50 %  De 50 % à 75 %  Plus de 75 %

**Tranche de revenus annuels nets :**  
 Moins de 30 000 €  De 30 000 € à 60 000 €  De 60 000 € à 90 000 €  De 90 000 € à 120 000 €  Plus de 120 000 €

**Origine des fonds :**  
 Epargne sur les revenus annuels \_\_\_\_\_  Vente de parts sociales ou d'outils de travail. Précisez la société \_\_\_\_\_

**Précisions sur l'origine des fonds :** \_\_\_\_\_  
**Fournir obligatoirement les justificatifs d'origine des fonds.**

**COORDONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS FINANCIERS (INTERVENANT DANS LE MODE DE PAIEMENT)**

Raison sociale \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

J'estime, sur la base des renseignements portés à ma connaissance, et notamment de leur partie financière, que rien ne laisse supposer que les fonds investis ou servant au paiement de la prime pourraient avoir une origine délictueuse au sens des articles L. 562-1 et suivants du code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement des entreprises terroristes

Nom et signature du conseiller :

**MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES**

CHANGEMENT D'ADRESSE (nouvelle adresse indiquée ci-dessus)  
 CHANGEMENT D'ETAT CIVIL (joindre le justificatif)  
 MODIFICATION DE COORDONNEES BANCAIRES (joindre le nouveau RIB)  
 CHANGEMENT DE BENEFICIAIRE : Si le souscripteur désire changer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s), il devra adresser à l'assureur une lettre manuscrite rédigée de la façon suivante :  
 " Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à \_\_\_\_\_ souscripteur du contrat n° \_\_\_\_\_ déclare désigner les bénéficiaires de mon contrat \_\_\_\_\_  
 Cette désignation annule et remplace toute désignation précédente. Date : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Signature : "

**OBSERVATIONS**

Je reconnais, par le présent **récépissé**, avoir reçu un exemplaire de l'annexe : « Liste des supports de la gamme Coralis Référence **705929** \_\_\_\_\_ » et j'en ai pris connaissance.

**(compléter impérativement le mois et l'année)**

Je reconnais avoir reçu pour chacun des OPCVM de droit français choisi : le prospectus simplifié visé par l'AMF, pour tout autre type de support choisi : la fiche présentant les Caractéristiques Principales.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne constituent pas le produit direct ou indirect de crimes ou de délits au sens des articles 324-1 et suivants et 421-2-2 et 421-5 du code pénal et 415 du code des douanes, textes relatifs à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes. Je déclare être pleinement informé(e) de ce que AXA est soumis, en sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement des activités terroristes et notamment à une déclaration de soupçon auprès du service TRACFIN (articles L. 562-1 et suivants, R.62-1 et suivants du code monétaire et financier).

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus. J'autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat. Je l'autorise également à utiliser mes données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient. Je dispose d'un 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.

Fait à \_\_\_\_\_ le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

<p align="center">Visa du conseiller</p> <p>Nom : _____</p> <p>Code : _____</p>	<p align="center">Signature du souscripteur (précédée de la mention " Lu et approuvé ")</p>
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------