

VOTRE SOUSCRIPTION EN 3 ETAPES



Etape 1 : Toute souscription doit être réalisée après consultation :

- Des conditions générales
- Des annexes financières



Etape 2 : Renseigner le Bulletin de Souscription en indiquant les frais de souscription qui vous sont accordés.



Attention à la rédaction de la clause bénéficiaire, à l'allocation d'actifs, aux options de gestion et aux garanties de prévoyance.



Etape 3 : Envoyer votre Bulletin de souscription à :

**ACTIFINANCES
40 Rue de Paradis
75010 PARIS**

Accompagné de :

- Votre pièce d'identité en cours de validité (recto verso)
- Un chèque de votre versement à l'ordre de « AXA France Vie »
- Votre RIB
- Votre justificatif de domicile
- Les attestations délivrées par les Caisses d'Assurance Maladie ou d'Assurance Vieillesse auprès desquelles vous cotisez pour les régimes obligatoires
- L'autorisation de prélèvement.

Une question, un renseignement ? Pour toutes informations ...

ACTIFINANCES est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h30 à 19h00 sur rendez-vous ou par téléphone au : 01.42.88.17.87

Nous accuserons réception de votre dossier par mail.



Coralis

INDÉPENDANTS

CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE
«LOI MADELIN»

réinventons / notre métier



BULLETIN D'ADHESION
705119 JANVIER 2009

COTISATIONS (SUITE)

Versements complémentaires :

- Versements libres : avec limite de classe.
 Versements par prélèvements automatiques (minimum 75 € par support)

Code ISIN pour les supports en UC	Supports sélectionnés en Euros ou en UC	Ventilation
1. _____		%
2. _____		%
3. _____		%
4. _____		%
5. _____		%
6. _____		%
7. _____		%
8. _____		%
9. _____		%
10. _____		%
TOTAL		100 %

Selon la périodicité suivante :

- mensuelle soit _____ € (minimum 75 €) trimestrielle soit _____ € (minimum 225 €)
 Compléter l'autorisation de prélèvement ci-contre et joindre un RIB.

VALEURS DE TRANSFERT ET CUMUL DES VERSEMENTS

Tableau des valeurs de transfert et cumul des versements au terme des huit premières années.

Compléter impérativement le tableau avec les valeurs (a) et (d) indiquées dans le pavé "caractéristiques du contrat" de la 1^{re} page

Nombre d'années écoulées	1	2	3	4	5	6	7	8
Valeurs de transfert minimales personnalisées sur les supports en Euros (exprimées en Euros)								
Supports en Euros	(d) = _____ *	(d)	(d)	(d)	(d)	(d)	(d)	(d)
Valeurs de transfert sur les supports en Unités de Compte exprimées en un nombre générique d'Unités de Compte								
Supports en UC	99,00 UC	98,01 UC	97,02 UC	96,05 UC	95,09 UC	94,14 UC	93,20 UC	92,27 UC
Cumul des cotisations versées (exprimé en Euros)								
	(a) = _____ *	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)

* Valeur identique pour les huit ans

Si vous avez souscrit la garantie plancher, les valeurs de transfert minimales ne tiennent pas compte des prélèvements au titre de la garantie décès. Ces prélèvements, non déterminables à la souscription, sont retenus mensuellement sur l'épargne et ne sont pas plafonnés en nombre d'UC. Il n'existe par conséquent pas de valeur de transfert minimale exprimée en Euros. La valeur de transfert est donc donnée avec une formule de calcul et des simulations. Ces simulations des valeurs de transfert avec prise en compte de la garantie décès sont indiquées au paragraphe 8.3.2 de la Notice.

Concernant les valeurs de transfert exprimées dans ce tableau, nous vous apportons les précisions suivantes :

- Les valeurs de transfert minimales correspondent à la part de la valeur de transfert au titre de la provision mathématique relative aux seuls engagements exprimés en Euros.
- Les valeurs de transfert en Euros relatives aux supports en Unités de Compte sont obtenues en multipliant le nombre d' Unités de Compte (UC) par la valeur de l'UC à la date de valeur considérée pour le transfert.
- Ces valeurs de transfert tiennent compte du prélèvement pour frais de gestion au taux mensuel de 0,0838%.
Exemple de calcul pour la première année : $99,00 \text{ UC} = 100 \times (1 - 0,0838\%)^{12} = 100 \times (1 - 1\%)$.
- Les valeurs de transfert sont calculées sous réserve qu'aucune autre opération que le prélèvement pour frais de gestion n'ait été effectuée (notamment une réorientation d'épargne, un versement de cotisation complémentaire, une modification sur le support). Elles n'intègrent pas non plus les prélèvements sociaux et fiscaux.
- Pour les supports en Euros, elles ne tiennent pas compte de la valorisation minimale et de la participation aux bénéficiés. Elles sont calculées à compter de la première année à partir de la cotisation initiale investie sur ces supports. Si la quote-part de votre versement affectée aux supports en Euros est nulle, les valeurs de transfert exprimées ci-dessus sont sans objet.
- Pour les supports en UC, elles n'intègrent pas l'attribution de coupons ou dividendes. Elles sont données à compter de la première année pour un nombre de parts générique initial de 100. Si la quote-part de votre versement affectée aux supports en UC est nulle, les valeurs de transfert exprimées ci-dessus sont sans objet.

L'entreprise d'assurance ne s'engage que sur le nombre d'Unités de Compte, mais pas sur leur valeur. La valeur de ces Unités de Compte qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

Concernant le cumul des cotisations versées :

Ce cumul est indiqué en Euros et correspond uniquement au versement initial (hors droits d'adhésion) (a). Il ne tient pas compte des éventuels versements complémentaires.

OPTIONS

Garantie Décès :

Je déclare avoir pris connaissance de la Notice prévoyant la souscription optionnelle de la garantie plancher lors de l'adhésion à ce contrat et précisant les conditions d'application ; la tarification en vigueur est précisée ci-dessous.

- J'opte pour la garantie plancher en cas de décès de mon contrat CORALIS Indépendants.

Annexe : TARIFICATION DE LA GARANTIE PLANCHER

Pour une durée d'un an

Tarification exprimée en pourcentage du capital sous risque**

En vigueur au 01.01.2009

AGE	< 33 ans	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
Taux	0.136%	0.143%	0.156%	0.168%	0.183%	0.201%	0.224%	0.248%	0.276%	0.304%	0.338%	0.382%
AGE	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Taux	0.427%	0.466%	0.501%	0.543%	0.591%	0.645%	0.697%	0.750%	0.811%	0.883%	0.961%	1.037%
AGE	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
Taux	1.111%	1.186%	1.272%	1.380%	1.508%	1.655%	1.807%	1.956%	2.125%	2.322%	2.581%	2.861%
AGE	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
Taux	3.160%	3.490%	3.874%	4.302%	4.762%	5.289%	5.873%	6.493%	7.162%	7.910%	8.718%	9.585%

** Le capital sous risque est déterminé par différence entre le capital garanti et la valeur de transfert lorsque celle-ci est inférieure. (cf. Notice pour plus de précisions)

OBSERVATIONS

Avant d'effectuer mon premier versement, je reconnais, par le présent **récépissé**, avoir reçu un exemplaire du présent Bulletin d'Adhésion et de la Notice ainsi que ses annexes et notamment 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 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 du Service Information Clients - AXA 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex - pour toute information me concernant.

Je déclare sur l'honneur être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre du régime obligatoire d'assurance maladie et d'assurance vieillesse (joindre la copie de la carte d'assuré social).

Je certifie sur l'honneur que les informations figurant dans le présent Bulletin d'Adhésion sont sincères, véritables et conformes à la réalité. Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de cette adhésion n'ont pas d'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. 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 notamment à une obligation de déclaration en cas de soupçon auprès du service TRACFIN.

L'adhérent est informé que l'adhésion au contrat est conclue à la date de signature du présent Bulletin d'Adhésion. L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception envoyée à l'adresse suivante AXA - DGPPF – Service Clients – TSA 70500 - 26 rue Drouot - 75458 Paris Cedex 09. Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre suivant : " Je soussigné(e), M. Prénom Nom Adresse..... déclare renoncer à mon adhésion au contrat CORALIS Indépendants n° , pour lequel j'ai versé €, en date du Fait à , le (Signature) ".

Fait à _____, le _____ **(A remplir obligatoirement)**

<p style="text-align: center;">Visa du conseiller</p> <p>Nom : ACTIFINANCES</p> <p>Code : 51316 N°ORIAS : 07004158</p>	<p style="text-align: center;">Signature de l'adhérent-assuré (précédée de la mention " Lu et approuvé ")</p>
--	---

(1) Catégories socioprofessionnelles (CSP)

10 Agriculteurs - 21 Artisans - 22 Commerçants et assimilés - 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus - 31 Professions libérales - 33 Cadres de la fonction publique - 34 Professeurs, professions scientifiques - 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles - 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises - 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises - 42 Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées - 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social - 44 Clergé, religieux - 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique - 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises - 47 Techniciens (sauf techniciens tertiaires) - 48 Contremaîtres, agents de maîtrise (maîtrise administrative exclue) - 52 Employés civils et agents de service de la fonction publique - 53 Agents de surveillance - 54 Employés administratifs d'entreprise - 55 Employés de commerce - 56 Personnels des services directs aux particuliers - 62 Ouvriers qualifiés de type industriel - 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal - 64 Chauffeurs - 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport - 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel - 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal - 69 Ouvriers agricoles et assimilés

AXA France Vie. Société anonyme au capital de 487 725 073,50 € - RCS Paris B 310 499 959 - Siège social : 26, rue Drouot, 75009 Paris. Entreprise régie par le Code des Assurances.

EXEMPLAIRE ASSUREUR

réf. 705119 01 2009

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT	NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	NUMÉRO NATIONAL D'ÉMETTEUR :
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre. Je reconnais que tout rejet de prélèvement donnera lieu à la perception de frais d'un montant forfaitaire de 21 € par l'assureur et pourra entraîner l'arrêt des prélèvements à venir.	AXA France Vie 26 rue Drouot 75009 Paris	391 832
Nom et adresse du débiteur	Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter	
Compte à débiter	Date et signature :	
Établissement _____ Guichet _____ N° du compte _____ Clé RIB _____		