

g r o u p e

# SMCA

**CORALIS SELECTION**  
**BULLETIN DE MISE EN PLACE DE VERSEMENTS PROGRAMMES**



**Respecter le Passé, Gérer le Présent, Préparer l'Avenir.**  
Respecter le Passé, Gérer le Présent, Préparer l'Avenir.



## BULLETIN DE VERSEMENTS ET RACHATS PARTIELS PROGRAMMÉS

 Cette demande a fait l'objet d'une saisie sur l'extranet partenariats.

N° d'acte \_\_\_\_\_

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

Contrat N° \_\_\_\_\_

**Important :** Toute demande (mise en œuvre, modification, arrêt) doit être faite avec un préavis d'un mois.

## 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 \_\_\_\_\_

## I - RACHATS PROGRAMMES

Les rachats programmés sont disponibles uniquement par virement (joindre un RIB). En présence de rachats programmés, la mise en place de versements programmés n'est pas autorisée, et les versements programmés en cours sont arrêtés.

Je souhaite effectuer des rachats programmés d'un montant de \_\_\_\_\_ € (minimum 150 €)

Selon la périodicité suivante :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

A compter du \_\_\_\_\_ et jusqu'au \_\_\_\_\_ (inclus) (durée maximum 3 ans).

 au prorata de l'épargne gérée ou  répartis<sup>(1)</sup> comme indiqué dans le tableau suivant.

Je précise que l'épargne à désinvestir par support est toujours indiquée ci dessous :

Supports sélectionnés	Code ISIN	Epargne à désinvestir (en € ou %)	Supports sélectionnés	Code ISIN	Epargne à désinvestir (en € ou %)
1.		%	5.		%
2.		%	6.		%
3.		%	7.		%
4.		%	8.		%

<sup>(1)</sup> Les calculs des prélèvements fiscaux ou sociaux seront établis en fonction des plus-values globales de mon contrat en cours et non uniquement par rapport à celles du(des) support(s) concerné(s).

## Mentions obligatoires : Choix du régime fiscal pour le rachat

A remplir impérativement, sauf dans le cas d'une exonération fiscale liée à certains évènements (licenciement, retraite anticipée, invalidité, liquidation judiciaire) : Joindre les justificatifs.

J'opte pour le régime d'imposition :  IR\* ou  Avec prélèvement libératoire (le montant du rachat programmé est net de prélèvement libératoire)

\* Imposition au titre de l'Impôt sur les Revenus (incorporation du produit imposable dans ma prochaine déclaration de revenus)

## II - VERSEMENTS PROGRAMMES

Je souhaite effectuer des versements programmés d'un montant de \_\_\_\_\_ € (minimum 150 € par support) selon la ventilation indiquée ci-dessous.

**J'ai pris acte que les frais sur les versements programmés sont de 4.5% des sommes versées à l'exception de Coralys Indépendants dont les frais sont de 5%.**Selon la périodicité suivante :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

A compter du \_\_\_\_\_ Compléter l'autorisation de prélèvement ci-dessous et joindre un RIB.

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>

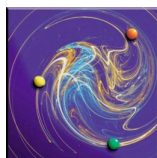
Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation	Supports sélectionnés	Code ISIN	Ventilation
1.		%	6.		%
2.		%	7.		%
3.		%	8.		%
4.		%	9.		%
5.		%	10.		%

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui ont été 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 : **SMCA CONSEIL**  
Code : **50636**

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

