

Nom et prénom(s) du conseiller :

N° de suivi commercial : N° apporteur d'affaires :



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

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

N° d'acte :

CONTRAT

Nom du contrat : N° de contrat :

SOUSCRIPTEUR(S)

PREMIER SOUSCRIPTEUR

SECOND SOUSCRIPTEUR (EN CAS DE CO-SOUSCRPTION)

Form fields for the first subscriber: M./Mme, Nom, Prénom(s), Nom de naissance, Né(e) le, Commune, Département, Pays, Nationalité, Pièce d'identité, N°, délivrée par, Date de fin de validité, Téléphone (Domicile, Mobile, Professionnel), E-mail, Profession précise, Domaine d'activité, Depuis le, CSP.

Form fields for the second subscriber: M./Mme, Nom, Prénom(s), Nom de naissance, Né(e) le, Commune, Département, Pays, Nationalité, Pièce d'identité, N°, délivrée par, Date de fin de validité, Téléphone (Domicile, Mobile, Professionnel), E-mail, Profession précise, Domaine d'activité, Depuis le, CSP.

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (1) an pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridiques ou administratives...
■ 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, juridiques ou administratives?
Êtes-vous un résident fiscal en France?
Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain?
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.

■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (1) an pour le compte de l'État français ou pour le compte d'un autre État des fonctions politiques, juridiques ou administratives...
■ 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, juridiques ou administratives?
Êtes-vous un résident fiscal en France?
Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain?
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.

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 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 aux autorités compétentes en application de la législation.

Situation de famille: Célibataire, Marié(e), Vie maritale, Pacs(e), Séparé(e), Divorcé(e), Veuf(ve). 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 €.

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES (ET REMBOURSEMENT D'AVANCE)

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information (ou du Règlement général des avances), j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 €) **selon les ventilations indiquées ci-dessous.**

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

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% des sommes versées.

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 Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 1773 761 – BIC : BNPAFRPPXXX
 Libellé ou motif à renseigner : Nom contrat / N° de 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 3^{ème} ou au plus tard 4^{ème} jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Clients sous réserve d'encaissement des fonds.

Nature 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

Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :

Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Héritage ou donation notarié

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 Versement de dividendes Épargne salariale (participation, intéressement)

Autre (préciser impérativement) :

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

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par virement (joindre un IBAN et le formulaire de prélèvement complété) ou 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-dessous.

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

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet
 Préparer sa retraite
 Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du | 0 | 5 | | | | | | | | et jusqu'au | 0 | 5 | | | | | | | |

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

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

Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :

Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Héritage ou donation notarié

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 Versement de dividendes Épargne salariale (participation, intéressement)

Autre (préciser impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% des sommes versées.

PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION			VENTILATION DU VERSEMENT	
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)			%	
Si mon contrat est investi à 100% en Gestion sous mandat collective et que je souhaite allouer tout ou partie de mon versement complémentaire en Gestion libre, je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » prévoyant de combiner les 2 modes de gestion.				
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-dessous :			%	
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. []		€	%	
11. []		€	%	
12. []		€	%	
13. []		€	%	
14. []		€	%	
15. []		€	%	
16. []		€	%	
17. []		€	%	
18. []		€	%	
19. []		€	%	
20. []		€	%	
Total		€	100 %	
2. Gestion sous mandat collective			%	
Si ce type de gestion est choisi pour la première fois, vous devez impérativement choisir une Société de gestion et une orientation de gestion ci-après.				
Je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.				
<input type="checkbox"/> J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Je détermine, avec l'assistance et les recommandations de mon conseiller, conformément à mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant				
Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de de la Gestion sous mandat collective sont de%/an.				
Je donne mandat à l'assureur qui l'accepte, conformément aux dispositions des articles 1984 et suivants du Code civil, d'effectuer en mon nom et pour mon compte tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la Liste des supports en unités de compte en vigueur et gérés sous mandat et dans le cadre de l'orientation de gestion que j'ai choisie.				
CHOIX DE L'ORIENTATION DE GESTION ET DE LA SOCIÉTÉ DE GESTION				
Sur les recommandations de mon conseiller et selon mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant, je choisis l'orientation de gestion et la Société de gestion, parmi celles énumérées dans le document en vigueur intitulé « Liste des Sociétés de gestion référencées par l'assureur pour la Gestion sous mandat collective ». Ce document m'a été remis préalablement.				
Orientation de gestion choisie :				
Société de gestion choisie :				
Tout changement dans l'orientation et/ou la Société de gestion devra faire l'objet d'une instruction écrite et immédiate adressée à l'assureur.				
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 ».				
Total			%	

Nom et prénom(s) du conseiller :

N° de suivi commercial : N° apporteur d'affaires :



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

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

N° d'acte :

CONTRAT

Nom du contrat : N° de contrat :

SOUSCRIPTEUR(S)

PREMIER SOUSCRIPTEUR

SECOND SOUSCRIPTEUR (EN CAS DE CO-SOUSCRIPTION)

M. Mme

Nom :
Prénom(s) :
Nom de naissance :
Né(e) le :
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 : CSP⁽¹⁾ (cf. codes en dernière page) :

- Exercer-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (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, consul, 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.

M. Mme

Nom :
Prénom(s) :
Nom de naissance :
Né(e) le :
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 : CSP⁽¹⁾ (cf. codes en dernière page) :

- Exercer-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (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, consul, 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 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 aux autorités compétentes en application de la législation.

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 €

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES (ET REMBOURSEMENT D'AVANCE)

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information (ou du Règlement général des avances), j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 €) selon les ventilations indiquées ci-dessous.

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

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% des sommes versées.

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 Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 1773 761 – BIC : BNPAFRPPXXX
Libellé ou motif à renseigner : Nom contrat / N° de 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 3^{ème} ou au plus tard 4^{ème} jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Clients sous réserve d'encaissement des fonds.

Nature 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
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Héritage ou donation notarié
 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 Versement de dividendes Épargne salariale (participation, intéressement)
 Autre (préciser impérativement) :

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

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par virement (joindre un IBAN et le formulaire de prélèvement complété) ou 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-dessous.

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

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet
 Préparer sa retraite
 Transmettre un capital à votre décès
 Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du | 0 | 5 | | | | | | | | | | et jusqu'au | 0 | 5 | | | | | | | | | |

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

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
 Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :
 Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations) Héritage ou donation notarié
 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 Versement de dividendes Épargne salariale (participation, intéressement)
 Autre (préciser impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% des sommes versées.

PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION		VENTILATION DU VERSEMENT	
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)		%	
Si mon contrat est investi à 100% en Gestion sous mandat collective et que je souhaite allouer tout ou partie de mon versement complémentaire en Gestion libre, je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » prévoyant de combiner les 2 modes de gestion.			
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-dessous :		%	
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. []		€	%
11. []		€	%
12. []		€	%
13. []		€	%
14. []		€	%
15. []		€	%
16. []		€	%
17. []		€	%
18. []		€	%
19. []		€	%
20. []		€	%
Total		€	100 %
2. Gestion sous mandat collective		%	
Si ce type de gestion est choisi pour la première fois, vous devez impérativement choisir une Société de gestion et une orientation de gestion ci-après.			
Je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.			
<input type="checkbox"/> J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Je détermine, avec l'assistance et les recommandations de mon conseiller, conformément à mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant			
Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de de la Gestion sous mandat collective sont de%/an.			
Je donne mandat à l'assureur qui l'accepte, conformément aux dispositions des articles 1984 et suivants du Code civil, d'effectuer en mon nom et pour mon compte tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la Liste des supports en unités de compte en vigueur et gérés sous mandat et dans le cadre de l'orientation de gestion que j'ai choisie.			
CHOIX DE L'ORIENTATION DE GESTION ET DE LA SOCIÉTÉ DE GESTION			
Sur les recommandations de mon conseiller et selon mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant, je choisis l'orientation de gestion et la Société de gestion, parmi celles énumérées dans le document en vigueur intitulé « Liste des Sociétés de gestion référencées par l'assureur pour la Gestion sous mandat collective ». Ce document m'a été remis préalablement.			
Orientation de gestion choisie :			
Société de gestion choisie :			
Tout changement dans l'orientation et/ou la Société de gestion devra faire l'objet d'une instruction écrite et immédiate adressée à l'assureur.			
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 ».			
Total		%	

OBSERVATIONS

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 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, pour l'intégralité des supports proposés dans la « Liste des supports en unités de compte » en vigueur mentionnée ci-dessous : le Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), le Document d'Informations Clés (DIC), le Prospectus ou la Fiche présentant les caractéristiques principales des unités de compte.

Je reconnais avoir reçu, à la suite du choix d'une option de Gestion sous mandat, les caractéristiques principales de l'intégralité des supports proposés dans la « Liste des supports en unités de compte » en vigueur (réf. 7,0,5,9,2,9).

(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 unités de compte transmise)

Je reconnais que 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. L'investissement sur des supports en unités de compte présente un risque de perte en capital.

Fait à, le

SIGNATURE(S) DU(DES) SOUSCRIPTEUR(S) [PRÉCÉDÉE(S) DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »]

PREMIER SOUSCRIPTEUR

SECOND SOUSCRIPTEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

(1) Catégories socioprofessionnelles (CSP)

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).

Nom et prénom(s) du conseiller :

N° de suivi commercial : N° apporteur d'affaires :



BULLETIN DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES ET PROGRAMMÉS

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

N° d'acte :

CONTRAT

Nom du contrat : N° de contrat :

SOUSCRIPTEUR(S)

PREMIER SOUSCRIPTEUR	SECOND SOUSCRIPTEUR (EN CAS DE CO-SOUSCRIPTION)		
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		
Nom :	Nom :		
Prénom(s) :	Prénom(s) :		
Nom de naissance :	Nom de naissance :		
Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Commune :	Commune :		
Département : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Département : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Pays :	Pays :		
Nationalité :	Nationalité :		
Pièce d'identité en cours de validité présentée : <input type="checkbox"/> Carte nationale d'identité	Pièce d'identité en cours de validité présentée : <input type="checkbox"/> Carte nationale d'identité		
<input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de séjour <input type="checkbox"/> Permis de conduire		
N° : délivrée par :	N° : délivrée par :		
à : le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	à : le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Date de fin de validité : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de fin de validité : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Téléphone : Domicile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Téléphone : Domicile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Mobile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Professionnel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Professionnel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
E-mail :	E-mail :		
Profession précise :	Profession précise :		
Domaine d'activité :	Domaine d'activité :		
Depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CSP ⁽¹⁾ (cf. codes en dernière page) : <input type="text"/>	Depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CSP ⁽¹⁾ (cf. codes en dernière page) : <input type="text"/>		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (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, consul, membre de direction d'une entreprise publique, ...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous un résident fiscal en France ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un (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, consul, membre de direction d'une entreprise publique, ...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous un résident fiscal en France ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous citoyen américain ou résident fiscal américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.	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 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 aux autorités compétentes en application de la législation.			
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Nombre d'enfants : <input type="text"/>			
Adresse de la résidence principale :			
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :			
Pays :			
Tranche de revenus mensuels nets :			
<input type="checkbox"/> Moins de 1 500 €	<input type="checkbox"/> De 1 500 à 2 500 €	<input type="checkbox"/> De 2 500 à 5 000 €	<input type="checkbox"/> De 5 000 à 10 000 €
<input type="checkbox"/> De 10 000 à 20 000 €	<input type="checkbox"/> De 20 000 à 40 000 €	<input type="checkbox"/> Plus de 40 000 €	
Patrimoine hors immobilier :			
<input type="checkbox"/> Moins de 10 000 €	<input type="checkbox"/> De 10 000 à 50 000 €	<input type="checkbox"/> De 50 000 à 100 000 €	<input type="checkbox"/> De 100 000 à 500 000 €
<input type="checkbox"/> De 500 000 à 1 000 000 €	<input type="checkbox"/> De 1 000 000 à 5 000 000 €	<input type="checkbox"/> Plus de 5 000 000 €	

(2) SSN = Social Security Number et TIN = Taxpayer Identification Number

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES (ET REMBOURSEMENT D'AVANCE)

Conformément aux dispositions et modalités de la Proposition d'assurance [1/2] valant Note d'information (ou du Règlement général des avances), j'effectue un versement complémentaire d'un montant de € (minimum 500 €) selon les ventilations indiquées ci-dessous.

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

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires sont de 4,50% des sommes versées.

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 Banque BNP PARIBAS : FR76 3000 4008 1900 0163 1773 761 – BIC : BNPAFRPPXXX

Libellé ou motif à renseigner : Nom contrat / N° de 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 3^{ème} ou au plus tard 4^{ème} jour ouvré (jour ouvré pour l'assureur) qui suit le jour de réception du dossier complet par notre Service Clients sous réserve d'encaissement des fonds.

Nature 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

Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :

Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations)

Héritage ou donation notarié

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

Versement de dividendes

Épargne salariale (participation, intéressement)

Autre (préciser impérativement) :

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

DEMANDE DE VERSEMENTS COMPLÉMENTAIRES PROGRAMMÉS

Demande de mise en place Demande de modification

Les versements complémentaires programmés sont disponibles par virement (joindre un IBAN et le formulaire de prélèvement complété) ou 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 mandant collective.

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

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

Objectif de versement : Diversifier, valoriser, constituer un capital ou financer un projet

Préparer sa retraite

Transmettre un capital à votre décès

Valoriser et faire fructifier un capital afin de constituer un complément de revenu

Selon la périodicité suivante : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

À compter du | 0 | . | 5 | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| et jusqu'au | 0 | . | 5 | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nature de l'origine des fonds (à compléter en cas de mise en place ou en cas de modification si le montant demandé est supérieur) :

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

Vente de parts sociales, de fonds de commerce ou de clientèle. Précisez la société :

Vente de valeurs mobilières (SICAV, FCP, actions, obligations)

Héritage ou donation notarié

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

Versement de dividendes

Épargne salariale (participation, intéressement)

Autre (préciser impérativement) :

J'ai pris acte que les frais sur les versements complémentaires programmés sont de 4,50% des sommes versées.

PART DU VERSEMENT PAR TYPE DE GESTION			VENTILATION DU VERSEMENT	
1. Gestion libre (minimum 150 € par support)			%	
Si mon contrat est investi à 100% en Gestion sous mandat collective et que je souhaite allouer tout ou partie de mon versement complémentaire en Gestion libre, je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » prévoyant de combiner les 2 modes de gestion.				
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-dessous :			%	
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.		€	%	
11.		€	%	
12.		€	%	
13.		€	%	
14.		€	%	
15.		€	%	
16.		€	%	
17.		€	%	
18.		€	%	
19.		€	%	
20.		€	%	
Total		€	100 %	
2. Gestion sous mandat collective			%	
Si ce type de gestion est choisi pour la première fois, vous devez impérativement choisir une Société de gestion et une orientation de gestion ci-après.				
Je déclare avoir pris connaissance et signé l'avenant « Combinaison Gestion libre et Gestion sous mandat collective » et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.				
<input type="checkbox"/> J'opte pour la Gestion sous mandat collective. Je détermine, avec l'assistance et les recommandations de mon conseiller, conformément à mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant				
Les frais de gestion supplémentaires dans le cadre de de la Gestion sous mandat collective sont de%/an.				
Je donne mandat à l'assureur qui l'accepte, conformément aux dispositions des articles 1984 et suivants du Code civil, d'effectuer en mon nom et pour mon compte tout investissement à la suite de versements, ou toute modification de la répartition de l'épargne, entre les supports d'investissement figurant dans la Liste des supports en unités de compte en vigueur et gérés sous mandat et dans le cadre de l'orientation de gestion que j'ai choisie.				
CHOIX DE L'ORIENTATION DE GESTION ET DE LA SOCIÉTÉ DE GESTION				
Sur les recommandations de mon conseiller et selon mes besoins, mes exigences, mon horizon de placement et mon profil d'épargnant, je choisis l'orientation de gestion et la Société de gestion, parmi celles énumérées dans le document en vigueur intitulé « Liste des Sociétés de gestion référencées par l'assureur pour la Gestion sous mandat collective ». Ce document m'a été remis préalablement.				
Orientation de gestion choisie :				
Société de gestion choisie :				
Tout changement dans l'orientation et/ou la Société de gestion devra faire l'objet d'une instruction écrite et immédiate adressée à l'assureur.				
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 ».				
Total			%	

OBSERVATIONS

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 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, pour l'intégralité des supports proposés dans la « Liste des supports en unités de compte » en vigueur mentionnée ci-dessous : le Document d'Information Clé pour l'Investisseur (DICI), le Document d'Informations Clés (DIC), le Prospectus ou la Fiche présentant les caractéristiques principales des unités de compte.

Je reconnais avoir reçu, à la suite du choix d'une option de Gestion sous mandat, les caractéristiques principales de l'intégralité des supports proposés dans la « Liste des supports en unités de compte » en vigueur (réf. 7,0,5,9,2,9).

(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 unités de compte transmise)

Je reconnais que 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. L'investissement sur des supports en unités de compte présente un risque de perte en capital.

Fait à, le

SIGNATURE(S) DU(DES) SOUSCRIPTEUR(S) [PRÉCÉDÉE(S) DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »]

PREMIER SOUSCRIPTEUR

SECOND SOUSCRIPTEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

(1) Catégories socioprofessionnelles (CSP)

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).