

**FAR****Demande d'adhésion**au contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative  
FAR souscrit par AGIPI auprès d'AXA France Vie S.A.

Conseiller : Nom \_\_\_\_\_

Code \_\_\_\_\_

N° ORIAS \_\_\_\_\_

N° fiche client AXA \_\_\_\_\_

**Adhérent-Assuré\*** M  Mme  MlleNom \_\_\_\_\_  
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
(Veuillez écrire en lettres majuscules d'imprimerie)

Prénom \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Dpt ou pays de naissance \_\_\_\_\_

Situation familiale  Célibataire  Marié  Pacsé  Divorcé  Veuf

Adresse \_\_\_\_\_

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

E-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Profession actuelle \_\_\_\_\_ depuis quand ? \_\_\_\_\_

Statut professionnel  Profession libérale  Artisan  Commerçant  
 Chef d'exploitation ou d'entreprise agricole  Autre \_\_\_\_\_**Je joins obligatoirement la copie d'une pièce d'identité en cours de validité, datée et signée par le titulaire (carte nationale d'identité ou passeport).****\*Dans le cadre de l'article 10 de la loi 2013-1279 du 29 décembre 2013, ces informations sont obligatoires.****Situation financière (à compléter systématiquement)**Je suis résident fiscal français .....  oui  nonJ'exerce ou j'ai exercé pour le compte d'un autre Etat ou pour le compte de l'Etat français des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique...) ?<sup>(1)</sup>.....  oui  nonL'un de mes proches (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce ou a exercé pour le compte d'un autre Etat ou pour le compte de l'Etat français des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ?<sup>(1)</sup>.....  oui  non<sup>(1)</sup>Liste non limitative, information nécessaire selon l'article L 561-10 du Code monétaire et financier**Estimation du patrimoine (hors immobilier)** ≤ 10 000 €  10 001 € à 50 000 €  50 001 € à 100 000 €  100 001 € à 500 000 €  > 500 000 €**Tranche de revenus mensuels nets (ou bénéfice net)** ≤ 1 500 €  1 501 € à 2 500 €  2 501 € à 5 000 €  5 001 € à 10 000 €  > 10 000 €**Origine des fonds** Epargne sur les revenus annuels  Vente de parts sociales ou d'outils de travail  Vente d'un bien immobilier  
 Héritage  Vente de valeurs mobilières  Donation  
 Perception d'un capital de contrat d'assurance vie ou capitalisation  Transfert  
 Autre (préciser impérativement) \_\_\_\_\_**Objectif** Constitution d'un complément de retraite personnelle**Age de départ à la retraite**

Je prévois de partir à la retraite à l'âge de \_\_\_\_\_ ans (maximum 75 ans)

Pour investir sur le FONDS Agipi Euro Croissance, la conversion en rente viagère doit intervenir dans 10 ans ou plus.

En cas d'omission, l'âge de départ à la retraite sera fixé à 62 ans.

**Clause bénéficiaire en cas de décès****Il est rappelé la nécessité de rédiger la clause bénéficiaire en adéquation avec votre volonté, l'utilité de l'actualiser en tant que de besoin, ainsi que l'utilité d'informer les bénéficiaires ou des personnes de confiance de l'existence du contrat et des coordonnées de l'assureur.**

Je désigne comme bénéficiaire en cas de décès :

 Le conjoint ou le partenaire pacsé de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré. Autre clause<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_<sup>(2)</sup> En cas de désignation nominative indiquer : le nom (nom de jeune fille le cas échéant), prénom, date et lieu de naissance.**Cadre fiscal****Mon adhésion s'inscrit dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 (loi Madelin) ou de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 (Madelin Agricole). A ce titre, je soussigné, l'adhérent, déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Je m'engage à ce qu'il en soit de même tout au long de mon adhésion.** TNS : loi du 11 février 1994 (loi Madelin) TNS agricole : loi du 18 novembre 1997 (Madelin Agricole) pour les assurés affiliés à la MSA

Signature de l'adhérent-assuré

## Organisation de votre gestion

### I Choix du type de gestion

Je choisis la gestion pilotée (Je remplis le point II)

Dans le cadre de mon adhésion au contrat, je donne mandat à l'assureur de choisir en mon nom et pour mon compte les supports parmi ceux proposés dans la liste des supports en vigueur et d'effectuer les réorientations du compte de retraite découlant de ce choix. Je déclare avoir pris connaissance du mandat décrit dans la notice et en approuve tous les termes sans exception, ni réserve.

Je choisis une convention de gestion thématique (Je remplis les points 1, 2, 3 et II)

1. **Thématique** 30% FONDS et 70% UC    40% FONDS et 60% UC    50% FONDS et 50% UC    60% FONDS et 40% UC    70% FONDS et 30% UC

Avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patrimoine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Modalité de gestion

Orientée     Orientée avec désensibilisation progressive     Evolutive  
*En cas d'omission, la modalité de gestion orientée sera choisie par défaut.*

#### 3. Fréquence de la sécurisation des plus-values

annuelle (16 octobre)     semestrielle (16 avril et 16 octobre)  
*En cas d'omission, la fréquence annuelle sera choisie par défaut.*

Je choisis la convention de gestion personnalisée (Je remplis les points 1, 2 et III)

#### 1. Modalité de gestion

Orientée     Orientée avec désensibilisation progressive     Evolutive  
*En cas d'omission, la modalité de gestion orientée sera choisie par défaut.*

#### 2. Fréquence de la sécurisation des plus-values

annuelle (16 octobre)     semestrielle (16 avril et 16 octobre)  
*En cas d'omission, la fréquence annuelle sera choisie par défaut.*

Je choisis la gestion libre (Je remplis le point III)

### II Choix du FONDS (Uniquement en gestion pilotée ou en convention de gestion thématique)

FONDS Agipi     FONDS Agipi Euro Croissance

*En cas d'omission, le FONDS Agipi sera choisi par défaut.*

### III Répartition du compte de retraite entre les différents supports (total = 100%)

(Uniquement en convention de gestion personnalisée ou en gestion libre)

Dans le cadre de la convention de gestion personnalisée, la somme des supports en unités de compte doit être comprise entre 20% et 70%.

FONDS	Supports obligataires	Supports diversifiés	Supports actions
FONDS Agipi _____ % FONDS Agipi Euro Croissance _____ %	Agipi Obligations Inflation _____ % Agipi Obligations Monde _____ %	Agipi Ambition _____ % Agipi Convictions _____ % Agipi Immobilier _____ % Agipi Revenus _____ %	Agipi Actions Emergents _____ % Agipi Actions Europe _____ % Agipi Actions Monde _____ % Agipi Grandes Tendances _____ % Agipi Innovation* _____ % Agipi Monde Durable _____ %

\*Support Agipi Innovation : inaccessible en gestion libre et autorisé au maximum à hauteur de 5% en convention de gestion personnalisée.

## Alimentation de votre adhésion

### I Versements

#### 1. Versement initial

J'effectue un premier versement de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € par chèque n° \_\_\_\_\_ à l'ordre d'ADIS

J'effectue un premier versement par virement

J'effectue mon premier versement et les suivants par prélèvement automatique

Ce premier versement inclut 15 € de cotisation à AGIPI.

#### 2. Engagement de versements réguliers successifs

Je fixe ma cotisation annuelle à \_\_\_\_\_ € (de 1 000 € à 15 000 €) ou \_\_\_\_\_ € (de 2 000 € à 30 000 €)

ou \_\_\_\_\_ € (de 3 000 € à 45 000 €) ou \_\_\_\_\_ € (de 4 000 € à 60 000 €)

ou \_\_\_\_\_ € (de 5 000 € à 75 000 €)

#### Mode de paiement

Par prélèvement automatique sur mon compte

Par chèque à fréquence :  annuelle (au plus tard le 31 décembre de chaque année)

semestrielle (au plus tard les 30 Juin et 31 décembre de chaque année)

### II Informations pour prélèvement automatique (Je joins le mandat de prélèvement SEPA et un relevé d'identité bancaire (RIB))

#### Fréquence et montant des prélèvements réguliers

Je choisis d'être prélevé le  5 ou le  20 de chaque mois à compter du mois de \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)

Prélèvement mensuel

Montant du prélèvement mensuel \_\_\_\_\_ €

Echancier personnalisé

janvier \_\_\_\_\_ €    février \_\_\_\_\_ €    mars \_\_\_\_\_ €    avril \_\_\_\_\_ €

mai \_\_\_\_\_ €    juin \_\_\_\_\_ €    juillet \_\_\_\_\_ €    août \_\_\_\_\_ €

septembre \_\_\_\_\_ €    octobre \_\_\_\_\_ €    novembre \_\_\_\_\_ €    décembre \_\_\_\_\_ €

**Remarques :** Sans précision du choix de la date de prélèvement, celui-ci aura lieu le 20 du mois.

La demande de mise en place ou de suspension des prélèvements doit parvenir à ADIS avant le 5 pour le prélèvement du 20 du mois en cours, ou avant le 20 pour le prélèvement du 5 du mois suivant.

Signature de l'adhérent-assuré

## Garanties de retraite

- Mon adhésion comporte une **garantie de rente pour chaque versement**. Celle-ci permet de bénéficier de la garantie de conversion en rente viagère selon les conditions de table de mortalité et de taux technique contractuels au moment de l'investissement, quelle que soit la date de conversion.
- Je souhaite compléter ma garantie de retraite par une **garantie de conversion minimale** - réservée aux adhérents de moins de 50 ans - (coût de la garantie : 4% des versements effectués sur l'adhésion).

## Choix des garanties complémentaires

Les garanties complémentaires sont réservées aux adhérents de moins de 60 ans et au cadre fiscal Madelin non agricole.

- Je souhaite souscrire la **garantie d'exonération des versements en cas d'incapacité ou d'invalidité** (coût de la garantie : 3% des versements).
- Je souhaite souscrire la **garantie de bonne fin en cas de décès** (coût de la garantie : 6% des versements).

### Questionnaire complémentaire

Vous êtes en droit de répondre à ce questionnaire seul, soit sur place, soit à votre domicile. Vous pouvez si vous le souhaitez être assisté par votre conseiller.

- 1 Votre poids se situe-t-il dans la tranche correspondant à votre taille ?.....  oui  non

Taille en cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-169	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194	195-199	200-204
Poids en Kg	39-62	42-66	45-70	48-75	50-80	53-85	57-90	60-95	63-100	66-106	70-112	73-117

- 2 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?.....  oui  non

- 3 Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été :

- en arrêt de travail de plus de 21 jours,
- ou soumis à un traitement médical de plus de 21 jours,
- ou pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale ?.....  oui  non

- 4 Au cours des 10 dernières années avez-vous été hospitalisé et/ou subi une intervention chirurgicale et/ou subi des examens médicaux pour l'une des affections suivantes ?

- maladie ostéo-articulaire, hallux valgus, canal carpien, atteinte de la colonne vertébrale, lumbago, lombalgie ou sciatique,
  - trouble neurologique, psychiatrique ou anxio-dépressif,.....
  - diabète, troubles lipidiques,.....
  - trouble broncho-pulmonaire (BPCO, insuffisance respiratoire),.....
  - trouble cardiaque ou vasculaire, hypertension artérielle, troubles veineux,.....
  - trouble rénal, thyroïdien, hépatique ou de l'appareil digestif,.....
  - cancer, lupus, VIH ou maladies du sang,.....
  - maladie infectieuse.....
- }  oui  non

- 5 A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé (y compris hôpital de jour ou à domicile), opéré ou subir des examens de santé pour les affections énumérées à la question 4.....  oui  non

Si vous avez répondu « oui » à la 1<sup>ère</sup> question et « non » aux questions suivantes, vous pouvez transmettre cette demande d'adhésion, en utilisant l'enveloppe qui vous a été remise ou sous pli cacheté à destination du Médecin Conseil.

Si vous avez répondu « non » à la 1<sup>ère</sup> question et/ou « oui » à l'une des questions suivantes, vous êtes formellement invité à transmettre cette demande d'adhésion en utilisant l'enveloppe qui vous a été remise ou sous pli cacheté à destination du Médecin Conseil.

### Prise d'effet des garanties

La garantie d'exonération des versements ainsi que la garantie de bonne fin prennent effet à la date indiquée sur les conditions particulières.

Ces garanties peuvent être souscrites si j'ai répondu "oui" à la 1<sup>ère</sup> question et "non" aux questions suivantes.

Dans le cas contraire, mon adhésion au contrat FAR ne comportera pas :

- la garantie d'exonération, par conséquent la cotisation de 3% ne sera pas prélevée sur mon versement,
- la garantie de bonne fin, par conséquent la cotisation de 6% ne sera pas prélevée sur mon versement.

## Observations

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature de l'adhérent-assuré

## Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez ADIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADIS.

### Titulaire du compte bancaire

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

### Etablissement bancaire

### Compte bancaire à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

### Organisme créancier

ADIS - 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex

Identifiant Créancier SEPA : FR06ZZZ553287

### Identification du mandat

La référence unique du mandat vous sera communiquée ultérieurement.

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature

## Informations importantes

*Je reconnais avoir bénéficié d'un conseil, préalablement à l'adhésion au présent contrat, sur la base des informations que j'ai communiquées sur mes objectifs, mes exigences, mes besoins ainsi que mon profil d'épargnant et mon horizon de placement, et ce, conformément aux dispositions de l'article L 132-27-1 du Code des assurances.*

*Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice référence AGI 0118 prévue par l'article L 141-4 du Code des assurances, des notices de présentation des SICAV et du FCPR des contrats AGIPI référence AGI 0140 et de mon droit d'accès et de rectification.*

### Renonciation

*Je reconnais avoir été informé que je peux renoncer à mon adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé que l'adhésion au contrat est conclue. Je suis informé que l'adhésion est conclue à la date de signature des conditions particulières d'adhésion ou à défaut, à compter du jour de la notification de la date d'effet de l'adhésion par ADIS. Ce délai est prorogé jusqu'à remise effective de l'ensemble des documents et informations nécessaires à l'adhésion et, en tout état de cause, dans la limite de huit ans à compter de la date où j'ai été informé que l'adhésion au contrat est conclue.*

*La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à ADIS, 12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre porté au verso de la présente demande.*

### Lutte contre le blanchiment

*Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat n'ont pas d'origine délictueuse au sens des articles 324-1 et suivants et 421-2 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 qu'ADIS et AXA sont soumis 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 de soupçon auprès du service TRACFIN (article L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier).*

### Transmission des informations

*J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat et au respect des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement d'entreprises terroristes.*

### Prélèvement automatique

*Tout rejet éventuel d'un prélèvement entraînera, sans autre formalité, un arrêt de la présente procédure de prélèvement automatique. Une autre procédure pourra toutefois être mise en place par un accord entre l'adhérent et ADIS. Si, pour une raison extérieure à ADIS, un prélèvement ne pouvait être encaissé à l'échéance prévue, la responsabilité de l'association ne pourrait en aucun cas être recherchée.*

### Informatique et Libertés

*Je reconnais avoir été informé, conformément à la loi informatique et libertés, du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, que les données contenues dans le présent document sont nécessaires à l'établissement du contrat d'assurance.*

*J'ai été informé et je consens à ce que les données contenues dans le présent document puissent être utilisées pour les seules nécessités de la gestion du contrat d'assurance par ADIS, responsable du traitement, et que celles-ci pourront être communiquées à AGIPI, ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de la gestion dudit contrat.*

*Je déclare par ailleurs avoir été informé que je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer à l'adresse suivante : Correspondant Informatique et Libertés, ADIS, 12 Avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.*

*Je reconnais être informé que les données ainsi recueillies pourront être utilisées par AGIPI et par le groupe AXA à des fins de prospection commerciale, auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre .*

Fait à \_\_\_\_\_, en trois exemplaires le \_\_\_\_\_

Signatures (faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

\_\_\_\_\_

L'adhérent-assuré

\_\_\_\_\_

Le conseiller

## Récapitulatif des pièces à fournir

### Dans tous les cas

- Joindre une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, datée et signée par le titulaire (carte nationale d'identité ou passeport).
- A défaut, joindre le document relevé d'identité référence AGI 0201 complété.
- Joindre les attestations délivrées par la caisse d'assurance maladie et la caisse d'assurance vieillesse auxquelles est affilié l'adhérent-assuré.
- Joindre le document LME signé (Synthèse patrimoniale / GPS AXA).
- Joindre le versement initial par chèque à l'ordre d'ADIS.
- Les versements en espèces ne sont pas acceptés.

### En cas de mise en place de prélèvement automatique

- Compléter le mandat de prélèvement SEPA page 4.
- Joindre un RIB du compte à débiter.

### Garantie exonération et garantie de bonne fin

- En cas de cotisation annuelle supérieure à 7 500 €, des formalités médicales complémentaires seront nécessaires. Consultez les équipes épargne-retraite.

## Indexation

- Le contrat FAR prévoit une indexation des cotisations.
- La cotisation annuelle évolue d'une année sur l'autre en fonction du plafond de la Sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, et ceci dès la première cotisation arrivant à échéance postérieurement au 31 mars.

## Modèle de lettre de renonciation

- La renonciation entraîne le remboursement intégral des sommes versées, dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.
- La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties en cas de vie et en cas de décès.

Lettre recommandée avec avis de réception à :

**ADIS**  
**12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144**  
**67312 SCHILTIGHEIM Cedex**

Je soussigné

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

déclare renoncer à mon adhésion FAR n° \_\_\_\_\_ pour laquelle j'ai versé \_\_\_\_\_ €

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (Signature)

# FAR

## Gestion pilotée

Ce type de gestion s'adresse aux adhérents souhaitant confier à des professionnels de la gestion d'actifs le suivi constant de leur compte de retraite, à savoir :

- une gamme de 12 supports libellés en unités de compte rigoureusement sélectionnés,
- un suivi régulier de la performance et de la stratégie de gestion,
- une information régulière et détaillée de la gestion fournie à l'adhérent,
- des réorientations du compte de retraite entre les différents supports d'investissement effectués à la demande du mandataire.

La flexibilité de cette solution permet au mandataire de combiner les supports d'investissement au regard de la configuration du marché et de son analyse. Des frais annuels de 0,60% sont appliqués uniquement à la part du compte de retraite investie sur les supports en unités de compte.

## Conventions de gestion thématiques

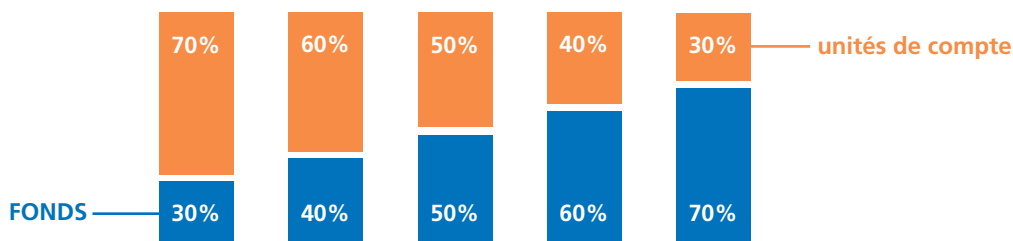
### Choix d'une thématique en réponse à un besoin spécifique

Thématique	Nature du besoin	Combinaison des supports d'investissement
Avenir	Dynamiser son compte de retraite via une exposition à un univers d'investissement international	FONDS Agipi / FONDS Agipi Euro Croissance Agipi Actions Emergents Agipi Actions Europe Agipi Actions Monde Agipi Grandes Tendances
Patrimoine	Viser la croissance de son compte de retraite à travers une sélection de trois supports diversifiés complémentaires	FONDS Agipi / FONDS Agipi Euro Croissance Agipi Ambition Agipi Convictions Agipi Immobilier
Rendement	Bénéficier d'une ressource complémentaire grâce à des supports conçus pour dégager des rendements réguliers	FONDS Agipi / FONDS Agipi Euro Croissance Agipi Immobilier Agipi Revenus

### Choix de la répartition FONDS / unités de compte en fonction de l'horizon de placement et du profil de risque

Une fois la nature du besoin identifiée, l'adhérent opte pour la répartition FONDS/unités de compte en fonction de son horizon de placement et de son profil de risque.

### Pour chaque type de besoin, sa convention de gestion thématique



### Des options de sécurisation progressive du compte de retraite

En complément, l'adhérent peut opter pour une sécurisation progressive de son compte de retraite, matérialisée par les deux modalités de gestion suivantes : désensibilisation progressive ou gestion évolutive.

### Convention de gestion personnalisée

Ce type de convention accorde une très grande liberté à l'adhérent quant au choix des supports en fonction de son appétence au risque. En complément, l'adhérent peut opter pour une sécurisation progressive de son compte de retraite matérialisée par les deux modalités de gestion suivantes : désensibilisation progressive ou gestion évolutive.

### Gestion libre

L'adhérent répartit librement son compte de retraite entre les différents supports d'investissement possibles au regard de son profil d'épargnant.

#### Assureur du contrat



**AXA France Vie**  
S.A. au capital de 487 725 073,50 €  
310 499 959 RCS Nanterre

**AXA Assurances Vie Mutuelle**  
Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes  
Siren 353 457 245

**Sièges Sociaux** : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Entreprises régies par le Code des assurances

#### Centre de gestion des contrats d'assurance AGIPI



**Siège Social**  
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex  
tél. 03 90 23 90 00

Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 €  
Filiale d'AXA France Vie  
Siret 306 843 731 00069  
Orias 07 029 368

#### Association souscriptrice du contrat



**Siège Social**  
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex - tél. 03 90 23 90 00

**Bureau parisien**  
52 rue de la Victoire - 75009 Paris  
tél. 01 40 08 93 00  
Registre des Associations du tribunal d'instance de Schiltigheim - volume 21 - n° 1049  
Siren 307 146 308 000 - NAF 9499Z