

**Encart réservé à la CCAP :**

Réception : .....  
 Conseiller : .....  
 N° proposition : .....  
 Production : .....

**PROPOSITION D'ASSURANCE VIE**

**Prévoyance individuelle liée, pilier 3 a**

1.  **PRENEUR**     Assuré n°     Payeur

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Profession/domaine activité: .....  
 Rue, n° : .....  
 NPA Localité : .....  
 Courriel .....  
 Nationalité(s) (si plusieurs les indiquer toutes) : .....  
 Permis de séjour (si étranger) .....  
 Résidence aux USA :     Oui  Non

2.  **ASSURE 1**    (si différent du preneur)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Profession/domaine activité: .....  
 Rue, n° : .....  
 NPA Localité : .....  
 Courriel .....  
 Nationalité(s) (si plusieurs les indiquer toutes) : .....  
 Permis de séjour (si étranger) .....  
 Résidence aux USA :     Oui  Non

3.  **ASSURE 2**    (si différent du preneur)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Profession/domaine activité: .....  
 Rue, n° : .....  
 NPA Localité : .....  
 Courriel .....  
 Nationalité(s) (si plusieurs les indiquer toutes) : .....  
 Permis de séjour (si étranger) .....  
 Résidence aux USA :     Oui  Non

4. **PAYEUR ET BLANCHIMENT D'ARGENT**

Je déclare être l'ayant droit économique des fonds investis (c'est-à-dire le propriétaire des fonds)

Je déclare ne pas être l'ayant droit économique des fonds investis. Il s'agit de :

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Profession/domaine activité: .....  
 Rue, n° : .....  
 NPA Localité : .....  
 Courriel .....  
 Nationalité(s) (si plusieurs les indiquer toutes) : .....  
 Permis de séjour (si étranger) .....  
 Résidence aux USA :     Oui  Non

**Prévoyance individuelle libre, pilier 3 b**

T:

Date de naissance : .....  
 Sexe : .....  
 N°AVS: .....  
 Etat civil : .....  
 N° tél. : .....  
 Lieu d'origine : .....  
 Pays de naissance : .....  
 Green Card des USA :  Oui  Non

T:

Date de naissance : .....  
 Sexe : .....  
 N°AVS: .....  
 Etat civil : .....  
 N° tél. : .....  
 Lieu d'origine : .....  
 Pays de naissance : .....  
 Green Card des USA :  Oui  Non

T:

Date de naissance : .....  
 Sexe : .....  
 N°AVS: .....  
 Etat civil : .....  
 N° tél. : .....  
 Lieu d'origine : .....  
 Pays de naissance : .....  
 Green Card des USA :  Oui  Non

T:

Date de naissance : .....  
 Sexe : .....  
 N°AVS: .....  
 Etat civil : .....  
 N° tél. : .....  
 Lieu d'origine : .....  
 Pays de naissance : .....  
 Green Card des USA :  Oui  Non

5. **LOI SUR LE BLANCHIMENT D'ARGENT**

Remplir un formulaire F-474 Contrôle blanchiment

S'il s'agit d'une police de prévoyance libre 3b (avec composante épargne)

Si le client souhaite ouvrir un compte de dépôt de primes

6. **CLAUSE BENEFICIAIRE**

La clause bénéficiaire fait l'objet d'un document annexe dûment complété et signé par le preneur (Formulaire F-219 ou F-220).

7. **REMARQUES:**       Nouvelle affaire       Augmentation       Transformation

**Etes-vous déjà assuré à la CCAP ?**

Prévoyance individuelle     non     oui                      Prévoyance professionnelle  non     oui

N° police(s) : .....

au capital total de CHF .....

**Examen médical**             non     oui, genre d'examen (F-153) .....

**Etes-vous affilié à un 2<sup>ème</sup> pilier en Suisse ?**             non     oui

**Cette police fera l'objet d'un nantissement ?**             non     oui

**Lien avec le canton de Neuchâtel (Art 22 LCCAP) ?**     domicile     origine     activité     exception

**Observations :** .....  
.....  
.....

8. **RENTE D'INVALIDITE**

**Répondre aux questions ci-dessous si la rente annuelle d'incapacité de gain proposée atteint ou dépasse CHF 6'000.--**

En plus de l'AI et du minimum LPP, êtes-vous déjà assuré(e) pour une rente d'incapacité de gain ou de travail, ou pour une rente d'invalidité :

à titre professionnel (assurance collective ou caisse de pension) ?                       non     oui

à titre individuel auprès d'une ou de plusieurs compagnies d'assurances sur la vie ?             non     oui

Montant annuel des rentes	Employeur et/ou compagnie d'assurance
CHF .....	.....
CHF .....	.....

## 9. PRESTATIONS A ASSURER

Tarif	Effet du contrat	Echéance	Age d'entrée			Age à l'échéance			Durée du	
			Ass 1	Ass 2	Ass 3	Ass 1	Ass 2	Ass 3	contrat	pmt

### Prévoyance adulte:

Assurance principale :	Prestation	Prime unique	Prime annuelle
Capital en cas de vie	.....	.....	.....
Capital en cas de décès	.....	.....	.....
	Rabais	.....	.....
<input type="checkbox"/> Retraite à la carte par mois à R ..... la première fois le .....	pendant.....		
	au .....		

### Assurances complémentaires :

	Prestation	Prime annuelle
<input type="checkbox"/> Complément décès	c .....	.....
<input type="checkbox"/> Complément décès par accident	a .....	.....
<input type="checkbox"/> Rente annuelle d'invalidité (accident inclus) après un délai d'attente de ..... jours au minimum	r .....	.....
<input type="checkbox"/> Rente annuelle d'invalidité (accident exclu) après un délai d'attente de ..... jours au minimum	k .....	.....
<input type="checkbox"/> Libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de ..... jours au minimum	m .....	.....
<b>Prime annuelle totale</b>		.....

### Prévoyance adulte – enfant :

	Prestation	Prime annuelle
<input type="checkbox"/> Capital en cas de vie ou de décès de l'enfant (ass. 1)	E .....	.....
	Rabais	.....
<input type="checkbox"/> Libération en cas de décès de l'adulte coassuré (ass. 2)	l .....	.....
<input type="checkbox"/> Complément décès par accident de l'adulte coassuré (ass. 2)	a .....	.....
<input type="checkbox"/> Complément décès de l'adulte coassuré (ass. 2)	c .....	.....
<input type="checkbox"/> Libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain de l'adulte coassuré (ass.2) à partir du _____ <sup>ème</sup> jour.	m .....	.....
<b>Prime annuelle totale</b>		.....

## 10. PAIEMENT DES PRIMES

- Annuel     Semestriel     Trimestriel     Mensuel    par CHF .....  
 Paiement par     BVR     LSV/DD, voir F-428     Dépôt de primes, voir F-371  
 Prime unique CHF ..... +  Droit de timbre CHF..... = Total CHF .....

Ce montant est à verser sur notre CCP n° 20-92-6 au plus tard à la date d'effet du contrat. A défaut de réception des fonds dans les délais, la date d'effet sera automatiquement reportée au 1<sup>er</sup> du mois qui suit la réception des fonds.

En cas de transfert d'un pilier 3A, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de l'institution à contacter :

.....  
 .....

