

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^{ème} 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 pendant..... la première fois le 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 ..... | ..... |
| Prime annuelle totale |  | ..... |

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 _____ ^{ème} jour. | m ..... | ..... |
| Prime annuelle totale |  | ..... |

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^{er} 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 :

.....

