



Funeral Care 6-90x.00000/F version 01.10.2021

PROPOSITION D'ASSURANCE

N° de proposition:

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Preneur d'assurance

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Personne morale | |
| Nom : <i>(représentant légal si personne morale)</i> | Prénom(s) : |
| Société : <i>(si personne morale)</i> | |
| N° d'identification fiscale (NIF *) /N° de registre national : | Résidence(s) fiscale(s) : |
| N° de téléphone : | Email : |
| Adresse : | |
| Code postal / Ville : | |
| Pays : | Nationalité : |
| Lieu, date de naissance / Date de constitution : | |
| État civil : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Cohabitant (Légal ou non) <input type="radio"/> Veuf(ve) | |
| Profession : <i>(si vous êtes retraité, veuillez indiquer la profession exercée avant la retraite)</i> | |
| Employeur : | Activité de l'Entreprise : |
| Identification : Copie certifiée conforme <input type="radio"/> de la carte d'identité ou <input type="radio"/> du passeport Copie certifiée conforme ou original du <input type="radio"/> registre du commerce (si personne morale) | |

- Si le Preneur d'assurance est une personne physique : veuillez fournir une copie de la pièce d'identité avec photo et en cours de validité (passeport, carte d'identité) avec la mention « copie certifiée conforme à l'original », ainsi que la date de certification et la signature de l'intermédiaire d'assurance.
- Si le Preneur d'assurance est une personne morale : l'original ou une copie certifiée conforme de l'extrait du registre du commerce ou d'un document similaire (les statuts, certificat de la constitution, licence officielle autorisant le Preneur d'assurance à exercer une activité économique/commerciale, confirmation des auditeurs du rapport annuel, convention entre actionnaires), datant de 12 mois au maximum.
- Le cas échéant, une copie de la carte d'identité ou du passeport ainsi qu'une preuve de délégation de pouvoirs du représentant légal devront être jointes. Chaque copie doit mentionner « copie certifiée conforme à l'original », ainsi que la date et la signature de l'intermédiaire d'assurance.
- (NIF*) : Veuillez indiquer le ou les pays dans lesquels vous résidez aux fins de l'impôt, ainsi que votre numéro d'identification fiscale (« NIF ») ou votre équivalent fonctionnel en l'absence de NIF (p.ex. numéro de registre national).
Si aucun numéro d'identification fiscale n'est disponible, veuillez en indiquer la ou les raisons ci-dessous :

Si le Preneur d'assurance est une personne morale, un formulaire spécial devra être complété et remis en annexe à la demande d'assurance.



2. ASSURÉ(S)

1^{er} Assuré(e)

Preneur

Autre personne

Homme

Femme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal / Ville :

Pays :

Lien avec le Preneur d'assurance :

Nationalité :

Lieu, date de naissance :

Identification :

Copie certifiée conforme de la carte d'identité ou du passeport

Questionnaire médical

Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert d'une maladie, d'un handicap ou d'un syndrome grave au cours des 5 dernières années ? *

* Les maladies, handicaps ou syndromes suivants sont considérés comme étant graves :

- Troubles du système nerveux ou neuromusculaire (hémorragie cérébrale, Huntington, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, SLA, épilepsie) ;
- Troubles cardiaques et vasculaires (maladies cardiovasculaires, infarctus, thrombose) ;
- Troubles néoprolifératifs et maladies du sang (cancer, tumeur, leucémie, hémophilie) ;
- Maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C) ;
- Troubles pulmonaires (BPCO, emphysème pulmonaire, mucoviscidose) ;
- Troubles rénaux (insuffisance, dialyse, transplantation) ;
- Troubles neuropsychiques (psychose, schizophrénie, tentative de suicide) ;
- Maladies rares.

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser :

Devez-vous passer des examens médicaux ou attendez-vous les résultats d'examens médicaux liés à une maladie grave, à un handicap ou à un syndrome tels qu'énumérés ci-dessus*.

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser :

Êtes-vous ou avez-vous été traité au cours des 5 dernières années pour une chimiothérapie, une radiothérapie ou un traitement à l'interféron ?

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser :

Avez-vous déjà été refusé par un autre assureur pour ce type d'assurance vie ?

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser :

Avez-vous fait usage de quelconque drogues (même légères) durant les 3 dernières années ?

OUI

NON

Si oui, veuillez préciser :

Poids :

Taille :

Fumez-vous ou avez-vous fumé (y compris la cigarette électronique) ?

- Non, je n'ai jamais fumé.
- Oui, mais plus maintenant.
- Je fume actuellement.

Combien de verres d'alcool buvez-vous par jour ?

Verres par jour :

- En cas d'omission volontaire et/ou de communication volontairement erronée ou floue, le contrat d'assurance sera considéré comme nul et non avenue. Les primes payées jusqu'à la date à laquelle l'entreprise d'assurance a pris connaissance de l'omission volontaire ou de la communication volontairement erronée des données, seront acquises par l'entreprise d'assurance.
- Dans le cadre d'une erreur par rapport à la date de naissance de l'assuré, les prestations seront adaptées à la date de naissance correcte.

3. ENFANT(S) ASSURÉ(S)

| 1 ^{er} Enfant Assuré(e) | | 2 ^{ème} Enfant Assuré(e) | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme | <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Code postal / Ville : | | Code postal / Ville : | |
| Pays : | | Pays : | |
| Nationalité : | | Nationalité : | |
| Lieu, date de naissance : | | Lieu, date de naissance : | |
| 3 ^{ème} Enfant Assuré(e) | | 4 ^{ème} Enfant Assuré(e) | |
| <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme | <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Code postal / Ville : | | Code postal / Ville : | |
| Pays : | | Pays : | |
| Nationalité : | | Nationalité : | |
| Lieu, date de naissance : | | Lieu, date de naissance : | |
| 5 ^{ème} Enfant Assuré(e) | | 6 ^{ème} Enfant Assuré(e) | |
| <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme | <input type="radio"/> Homme | <input type="radio"/> Femme |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Code postal / Ville : | | Code postal / Ville : | |
| Pays : | | Pays : | |
| Nationalité : | | Nationalité : | |
| Lieu, date de naissance : | | Lieu, date de naissance : | |



4. TERMES DU CONTRAT

Informations relatives au Contrat

Le contrat prend effet à la date de réception de la prime unique ou de la première échéance de la prime périodique
 à la date suivante (*) :

() ne peut être antérieure à la date de paiement de la prime unique ou de la première échéance de la prime périodique*

Durée du Contrat : vie entière

Capital Assuré en cas de décès en EUR :

3'000 4'000 5'000 6'000 7'000 8000 9'000 10'000 11'000 12'000
 13'000 14'000 15'000

Option : désirez-vous opter pour l'indexation annuelle de la somme assurée à hauteur de 2% par an (**)?

OUI NON

*(**) si vous optez pour l'indexation annuelle du capital assuré, votre prime sera indexée de 3% annuellement.*

Informations relatives à la prime

Prime unique hors taxe : EUR

Prime unique TTC : EUR

Prime annuelle hors taxe : EUR

Prime annuelle TTC : EUR

versée : mensuellement soit EUR

par mois

semestriellement soit EUR

par semestre

Frais de dossier : EUR

TTC, versés lors de la première échéance de prime

*(***) la prime unique ou périodique (annuelle, mensuelle ou semestrielle) sera augmentée de la taxe sur la prime d'assurance. La prime périodique sera payée pendant 30 ans et au maximum jusqu'à l'âge du preneur d'assurance de 90 ans.*

Banque à partir de laquelle la prime sera transférée

Débit direct

Banque à partir de laquelle la prime sera versée

Banque : BNP PARIBAS FORTIS

Titulaire : CARES ASSISTANCE BVBA

IBAN : BE 14 0018 7659 9483

BIC/SWIFT : GEBABEBB

MESSAGE : nom preneur d'assurance/ numéro de contrat

5. BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès de la première Personne Assurée

Entreprise de pompes funèbres (à concurrence du montant de la facture):

Société :

Adresse :

Téléphone :

Adresse email :

Preneur d'assurance (pour le solde éventuel si une entreprise a été nommée - standard si aucun bénéficiaire n'a été désigné)

Héritiers légaux (standard à défaut du Preneur d'assurance et si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné)

autre personne:

Nom, prénom/personne morale :

Lieu, date de naissance /Date et lieu de constitution:

Lien avec le Preneur d'assurance :

6. CORRESPONDANCE

Adresse de correspondance

Preneur d'assurance

Autre adresse :

Nom / Compagnie :

Adresse :

Code postal / Ville :

Pays :

Remarque : la correspondance sera toujours envoyée à la dernière adresse connue communiquée par le Preneur d'assurance. Toute correspondance est considérée comme étant dûment reçue par le Preneur d'assurance, y compris les annexes contractuelles et juridiques y afférents, dès le quatrième jour ouvrable suivant sa date d'envoi.

7. DÉCLARATIONS

Clause de confidentialité

Chaque Assuré consent, par la présente, à la collecte des informations relatives à la santé et nécessaires à l'examen des risques d'assurance et des demandes d'indemnisation. À cette fin, les médecins, les infirmières, le personnel des hôpitaux, des autres établissements de soins de santé, des maisons de retraite, les établissements soins santé, les compagnies d'assurance maladies, ainsi que les associations commerciales et d'utilité publique sont autorisés à divulguer des informations médicales, dans la mesure où un Assuré a été examiné, conseillé ou traité par ces personnes, si l'Assuré a sollicité une assurance auprès de ces instances au cours des 10 ans précédant cette proposition, si elles sont citées dans les documents présentés ou si elles ont subi un traitement médical dans le cas d'une demande d'indemnisation. Si, après la conclusion du Contrat, PrismaLife AG constate, preuve à l'appui, que les informations communiquées lors de la demande sont incorrectes et que, dès lors, l'évaluation des risques s'en trouve influencée, la libération de l'obligation de confidentialité et de consentement ci-dessus sera valable pendant une durée pouvant aller jusqu'à 10 ans après la conclusion du Contrat. Cette déclaration reste valable après le décès de chaque Assuré ; elle peut être révoquée à tout moment.

Droit de Renonciation

Je comprends qu'en tant que Preneur d'assurance, j'ai le droit de renoncer à cette demande d'assurance dans un délai d'un mois à partir de la date à laquelle j'ai reçu le contrat d'assurance, sans être obligé de justifier ma décision. Pour ce faire, je dois envoyer à PrismaLife AG, une lettre de renonciation par courrier recommandé avec accusé de réception. Une lettre de renonciation rend la demande d'assurance et/ou toute confirmation d'acceptation nulle et non avenue et je serai tenu de restituer toute prestation d'assurance ainsi que tous les frais particuliers encourus dans le cadre de recherches effectuées afin de pouvoir établir le contrat d'assurance-vie.

L'impact de la renonciation avant ou au terme du délai de renonciation

- J'ai été informé de mon droit de renoncer au contrat pendant le délai de renonciation et je demande que la couverture décès entre en vigueur avant la fin du délai de renonciation. Je comprends que dans ce cas, si j'annule le contrat pendant le délai de renonciation, PrismaLife AG remboursera les primes déjà payées après diminution de la partie utilisée pour la couverture du risque de décès, les impôts éventuels et des frais de € 50.

En signant le présent formulaire, je confirme avoir reçu les Conditions Générales d'assurance, les Informations à l'attention du consommateur, la fiche d'informations, et je demande que ce contrat d'assurance soit conclu avec PrismaLife AG. Je confirme avoir lu ces documents et je comprends qu'ils font partie intégrante de mon engagement contractuel avec PrismaLife AG. Je déclare en outre avoir répondu à toutes les questions, intégralement et en toute honnêteté.

La présente proposition d'assurance, les conditions générales d'assurance, les informations à l'intention du consommateur, la fiche d'informations, ainsi que tous les autres rapports de consultation et déclarations du Preneur d'assurance forment les bases du contrat d'assurance. Les informations communiquées par les personnes assurées ont une valeur juridique équivalente à celle des informations communiquées par le preneur d'assurance.

Signature de Preneur d'assurance

Lieu, date :

► Signature du Preneur d'assurance

(signature autorisée dans le cas d'un représentant légal)

Signature(s) de(s) l'assuré(s) (si différent(s) du preneur d'assurance)

Lieu, date :

► Signature de l'assuré

8. INTERMEDIAIRE D'ASSURANCE

Signature de l'intermédiaire

En apposant ma signature ci-dessous, je confirme avoir personnellement vu et identifié le Preneur d'assurance (ou son représentant légal, s'il s'agit d'une personne morale) conformément aux directives internes relatives à la lutte contre le blanchiment d'argent de PrismaLife AG, et que je connais la source des actifs. Je confirme que les copies ci-jointes des documents d'identification sont conformes aux originaux. Je confirme également que la signature du Preneur d'assurance (ou celle de son représentant légal si le Preneur d'assurance est une personne morale) et celle de la Personne Assurée sont authentiques. Je confirme par ailleurs que, en complétant le présent formulaire, j'ai respecté toutes les lois et réglementations qui s'appliquent à moi-même et que j'ai transmis au Preneur d'assurance une copie des Conditions Générales d'assurance, des informations à l'attention du consommateur, de la Fiche d'informations et du Tableau des frais, et que je l'ai informé des risques inhérents aux assurances-vie à capital variable.

Nom, Prénom :

Raison sociale :

Numéro FSMA :

► Signature de l'intermédiaire

Lieu, date :



9. RAPPORT DE VISITE

Une discussion sur le risque inhérent à la souscription a eu lieu avec :

- le Preneur d'assurance le représentant légal du Preneur d'assurance

La discussion portant sur le risque a été menée :

- verbalement, lors d'une réunion en date du _____ à _____
 par téléphone en date du _____
 par écrit en date du _____

Remarques relatives à la consultation :

Risques et communications spécifiques :

Signature du Preneur d'assurance

Lieu, date :

▶ Signature du Preneur d'assurance
(signature autorisée de la représentation légale)

Signature de l'intermédiaire d'assurance

Lieu, date :

▶ Signature de l'intermédiaire d'assurance