



Proposition d'assurance

Remarque importante !

PrismaLife AG ne conseille pas elle-même ses clients. Le conseil est fourni sans exception par des partenaires de distribution/intermédiaires externes et indépendants.

Votre intermédiaire :

Numéro de courtier PrismaLife :

Preneur d'assurance

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Sans titre Nom _____ Prénom _____ Date de naissance (JJMMAAAA) _____

Si applicable, noms antérieurs, par ex. nom de naissance, noms de mariage antérieurs _____

Rue _____ Numéro de rue _____ Code Postal _____ Lieu _____ Pays _____

Indicatif international _____ Numéro de téléphone _____ E-Mail _____

1^{ère} nationalité _____ 2^{ème} nationalité _____

Lieu de naissance _____ Pays de naissance _____

(Dernière) profession exercée _____

Dans la branche _____

☐ Carte d'identité ou ☐ Passeport

Numéro du document d'identité _____ Autorité de délivrance _____ Pays de délivrance _____

Date de délivrance (JJMMAAAA) _____ Validité (JJMMAAAA) _____

Nous vous prions de bien vouloir joindre une copie actuelle du document d'identité.

Dans quel(s) pays êtes-vous assujetti à l'impôt ? Quel est votre numéro d'identification fiscale et/ou numéro d'identification fiscale correspondant dans le pays concerné ? S'il y a plusieurs numéros d'identification fiscale, veuillez tous les indiquer.

Pays _____ Numéro d'identification fiscale _____

Pays _____ Numéro d'identification fiscale _____

Pays _____ Numéro d'identification fiscale _____

Pays _____ Numéro d'identification fiscale _____

**Personne assurée Prisma FuneralCare (BE) assurance décès (partie I)**

Si différent du preneur d'assurance

☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Si applicable, noms antérieurs, par ex. nom de naissance, noms de mariage antérieurs

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

Indicatif international

Numéro de téléphone

E-Mail

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité

Lieu de naissance

Pays de naissance

Personne assurée AXA Assistance assistance décès (partie II)

La personne assurée et le preneur d'assurance sont identiques.

Enfants coassurés**Premier enfant coassuré**☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité**Second enfant coassuré**☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité**Troisième enfant coassuré**☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité**Quatrième enfant coassuré**☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité**Cinquième enfant coassuré**☐☐☐

Madame Monsieur Sans titre Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

1^{ère} nationalité2^{ème} nationalité

**Sixième enfant coassuré**

☐	☐	☐						
Madame	Monsieur	Sans titre	Nom	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)			
Rue			Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays		
1 ^{ère} nationalité				2 ^{ème} nationalité				

Contributeur

Si différent du preneur d'assurance

☐	☐	☐						
Madame	Monsieur	Sans titre	Nom	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)			
Si applicable, noms antérieurs, par ex. nom de naissance, noms de mariage antérieurs								
Rue			Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays		
Indicatif international		Numéro de téléphone			E-Mail			
1 ^{ère} nationalité				2 ^{ème} nationalité				
Lieu de naissance				Pays de naissance				
(Dernière) profession exercée								

Dans la branche

☐ Carte d'identité ou ☐ Passeport

Numéro du document d'identité		Autorité de délivrance	Pays de délivrance
Date de délivrance (JJMMAAAA)		Validité (JJMMAAAA)	

Nous vous prions de bien vouloir joindre une copie actuelle du document d'identité.**Mode de paiement**

Le mode de paiement des primes et des frais supplémentaires, si applicable

☐ Prélèvement SEPA ou ☐ ordre permanent/virement (veuillez également indiquer les coordonnées)IBAN

Uniquement pour SEPA :

J'autorise PrismaLife AG, Industriering 40, 9491 Ruggell, Liechtenstein, numéro d'identification du créancier LI27 ZZZ0 0000 0000 08, à prélever des paiements sur mon compte par note de débit. Parallèlement, je demande à mon institut de crédit d'encaisser les notes de débit tirées par PrismaLife AG sur mon compte. La référence du mandat me sera communiquée avant le premier prélèvement SEPA et les montants seront prélevés sur mon compte immédiatement à l'entrée en vigueur de l'assurance, puis aux dates d'échéance respectivement convenues dans le contrat.

Remarque : je peux demander le remboursement du montant débité dans un délai de huit semaines à compter de la date de débit. Les conditions convenues avec mon institut de crédit s'appliquent. J'accepte en outre que PrismaLife me communique le numéro de référence du mandat par e-mail. Si, en tant que preneur d'assurance, je ne suis pas le titulaire du compte, je transmettrai toutes les communications en rapport avec le mandat de prélèvement SEPA au titulaire du compte.

Veuillez remplir le lieu et la date uniquement s'ils n'apparaissent pas dans le champ de signature.Lieu Date (JJMMAAAA) Signature du preneur d'assurance ou du contributeur divergent ou de son représentant légal
(veuillez toujours signer le mandat de prélèvement SEPA)

Auto-déclaration de l'obligation de diligence

Preneur d'assurance

Raison de la souscription de l'assurance : Couverture de risque (pour des proches et/ou les bénéficiaires) ☐ oui ☐ non
Autres ☐ oui ☐ non

Contributeur

Je perçois un revenu régulier. ☐ oui ☐ non Utilisation pour le ☐ oui ☐ non
Le montant s'élève en moyenne à environ _____ euros nets par mois. paiement des primes
(par ex. revenus du travail, retraite, pensions alimentaires, revenus locatifs, revenus de capitaux, dividendes)

Je dispose d'un patrimoine qui a été généré par moi-même. ☐ oui ☐ non Utilisation pour le ☐ oui ☐ non
Le montant s'élève à environ _____ euros. paiement des primes
(par ex. argent liquide, avoirs en banque, biens immobiliers, valeur de rachat d'une assurance vie)

Je dispose d'un patrimoine que je n'ai pas généré moi-même. ☐ oui ☐ non Utilisation pour le ☐ oui ☐ non
Le montant s'élève à environ _____ euros. paiement des primes
(par ex. apports uniques provenant d'un héritage, d'une donation, d'un accord de divorce).

Ayant droit économique

Je conclus ce contrat d'assurance, moi, le preneur d'assurance dans mon propre intérêt économique.

Personne politiquement exposée (PEP)

Les PEP sont tous les titulaires de fonctions publiques éminentes, notamment les chefs d'État ou de gouvernement, les hauts responsables politiques et les fonctionnaires de l'administration, de la justice, de l'armée et des partis politiques, ainsi que les organes supérieurs des entreprises publiques. Cela vaut également pour les personnes qui occupaient un tel poste jusqu'à un an avant la conclusion du contrat. En outre, les personnes visiblement proches de ces personnes pour des raisons familiales, personnelles ou professionnelles doivent être désignées comme PEP.

Est-ce que cela s'applique à :

- > vous ou des membres de votre famille ou des personnes qui vous sont proches ? ☐ oui ☐ non
- > le bénéficiaire ou des membres de sa famille ou des personnes qui lui sont proches ? ☐ oui ☐ non
- > le contributeur ou les membres de sa famille ou ses proches ? ☐ oui ☐ non

Identification des contribuables américains

Conformément au Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), nous devons vérifier si vous êtes assujéti à l'impôt aux États-Unis. Cela peut être le cas par exemple, si vous :

- > possédez la nationalité américaine (même en cas de double ou multiple nationalité),
- > êtes nés aux États-Unis,
- > avez votre résidence habituelle, votre domicile (y compris votre double domicile) ou votre adresse postale aux États-Unis,
- > avez séjourné aux États-Unis pendant une période prolongée au cours des dernières années,
- > possédez ou avez possédé un permis de séjour américain (carte verte).

Je confirme que je suis assujéti(e) à l'impôt aux États-Unis. ☐ oui ☐ non
Je confirme que je possède la nationalité américaine. ☐ oui ☐ non

Remarque importante !

Le fait de fournir intentionnellement de fausses informations dans la section « Auto-évaluation de l'obligation de diligence » constitue une infraction pénale au sens du code pénal du Liechtenstein. Toute modification correspondante doit être communiquée immédiatement à PrismaLife.

Le preneur d'assurance prend connaissance du fait que PrismaLife est tenue, en vertu de la loi sur l'échange automatique international d'informations en matière fiscale (loi EAR), de communiquer des informations sur le preneur d'assurance à l'administration fiscale du Liechtenstein si les exigences légales sont remplies.

Le preneur d'assurance prend connaissance du fait que l'indication incomplète ou non conforme à la vérité, intentionnelle ou par négligence, dans la section preneur d'assurance, notamment en ce qui concerne la résidence fiscale, constitue un acte punissable selon la loi EAR et que les changements de situation correspondants doivent être communiqués immédiatement à PrismaLife.

Attention ! Veuillez joindre une copie des documents suivants :

- > la carte d'identité ou le passeport du preneur d'assurance ou de ses représentants légaux et/ou le contributeur, s'il est différent du preneur d'assurance
- > le cas échéant, preuve du droit de représentation/confirmation des documents



Répondez aux questions suivantes de manière complète et correcte. Lisez - avant de répondre aux questions suivantes - l'instruction relative à la violation de l'obligation de divulgation. Elle se trouve sur les pages précédentes de l'application.

- Voici quelques exemples de maladie, de handicap ou de syndrome grave :**

- Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant assuré par la police d'assurance existante : _____ EUR

Mode de paiement des primes



Date d'échéance de la prime

le 01.

en cas de mandat de prélèvement SEPA, le prélèvement a lieu le 05.

Montant du capital décès

EUR

- ☐ Je souhaite une augmentation annuelle du montant assuré de 2 %
- ☐ Je renonce explicitement à une augmentation annuelle du montant assuré de 2 %

Prime hors taxe pour la partie I Prisma FuneralCare (BE) assurance décès

EUR

Taxe sur les opérations d'assurances pour la partie I Prisma FuneralCare (BE) assurance décès pour

EUR

Prime totale (prime avec la taxe incluse) pour la partie I Prisma FuneralCare (BE) assurance décès

EUR

Prime hors taxe pour la partie II AXA Assistance assurance assistance

EUR

Taxe pour la partie II AXA Assistance assurance assistance pour

EUR

Prime totale (prime avec la taxe incluse) pour la partie II AXA Assistance assurance assistance

EUR

Prime totale de la somme de la partie I et de la partie II taxe incluse**EUR**

L'entreprise d'assurance ne peut pas imposer le paiement de la prime. Le non-paiement des primes entraîne uniquement une réduction du capital-décès ou la résiliation de la police conformément à l'Article 8 des conditions générales.

Bénéficiaires des prestations d'assurance Prisma FuneralCare (BE) assurance décès (partie I)

Bénéficiaire pour toutes les prestations d'assurance est/sont en cas de décès de la personne assurée

- ☐ Entreprise de pompes funèbres (à hauteur de la facture des funérailles)

Nom	Rue	Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays
-----	-----	---------------	-------------	------	------

Indicatif international	Numéro de téléphone	E-Mail
-------------------------	---------------------	--------

Pour la partie excédentaire ou si aucune entreprise de pompes funèbres n'a été désignée comme bénéficiaire, il est possible de choisir ce qui suit :

- ☐ Héritiers légaux (par défaut, si le preneur d'assurance est décédé et qu'aucun bénéficiaire différent n'a été désigné)
- ☐ Autre(s) personne(s)

Si plusieurs personnes sont inscrites comme bénéficiaires et qu'aucune répartition en pourcentage n'est indiquée, la prestation sera versée à parts égales aux personnes mentionnées.

Première personne en _____ %

☐ Femme	☐ Homme	☐ Sans titre	Nom	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----	--------	------------------------------

Rue	Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays
-----	---------------	-------------	------	------

Indicatif international	Numéro de téléphone	E-Mail
-------------------------	---------------------	--------

Deuxième personne en _____ %

☐ Femme	☐ Homme	☐ Sans titre	Nom	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----	--------	------------------------------

Rue	Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays
-----	---------------	-------------	------	------

Indicatif international	Numéro de téléphone	E-Mail
-------------------------	---------------------	--------

Troisième personne en _____ %

☐ Femme	☐ Homme	☐ Sans titre	Nom	Prénom	Date de naissance (JJMMAAAA)
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-----	--------	------------------------------

Rue	Numéro de rue	Code Postal	Lieu	Pays
-----	---------------	-------------	------	------

Indicatif international	Numéro de téléphone	E-Mail
-------------------------	---------------------	--------



Quatrième personne en _____ %

☐

Femme

☐

Homme

☐

Sans titre

Nom

Prénom

Date de naissance (JJMMAAAA)

Rue

Numéro de rue

Code Postal

Lieu

Pays

Indicatif international

Numéro de téléphone

E-Mail

☐ Si plus de 4 personnes physiques ou morales, veuillez joindre une feuille annexe avec les données personnelles.

Remarque : si une entreprise de pompes funèbres a été désignée comme bénéficiaire, la revendication de l'autre bénéficiaire n'existe qu'à hauteur d'un éventuel solde.

Valeur de rachat en cas de résiliation

☐

En cas de résiliation, je souhaite que la valeur de rachat me soit versée.

Je suis conscient(e) que PrismaLife AG déclare mon contrat à l'administration fiscale pour des raisons juridiques et que je dois indiquer le contrat dans ma déclaration d'impôt sur le revenu.

☐

En cas de résiliation, je souhaite que la valeur de rachat soit utilisée pour prolonger le contrat.