

Camelea

Formulaire de souscription B

Contrat sous-jacent Camelea

Formulaire de souscription n° **B**

Client n°

Cadre réservé au Broker & Customer Services

Le Contrat sous-jacent ne sera conclu que lors de l'acceptation par Private Estate Life de la souscription. Si Private Estate Life accepte la souscription, elle émettra un certificat qui constituera le Contrat sous-jacent.

1. Type de contrat

<input type="checkbox"/> Assurance –vie	<input type="checkbox"/> Contrat de capitalisation	<input type="checkbox"/> Versements libres	<input type="checkbox"/> Primes régulières
---	--	--	--

2. Durée du contrat

<input type="checkbox"/> Durée indéterminée	<input type="checkbox"/> Durée déterminée de _____ ans (min. 10 ans, max. 99 ans)
---	---

3. Vie assurée

Vie assurée 1		Vie assurée 2	
<input type="checkbox"/> Preneur d'assurance 1		<input type="checkbox"/> Preneur d'assurance 2	
<input type="checkbox"/> Autre:		<input type="checkbox"/> Autre:	
Nom	_____	Nom	_____
Nom de femme mariée	_____	Nom de femme mariée	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	Date de naissance	_____
Nationalité	_____	Nationalité	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Liens de parenté avec le(s) preneur(s) d'assurance	_____	Liens de parenté avec le(s) preneur(s) d'assurance	_____
Liens de parenté avec le(s) bénéficiaire(s)	_____	Liens de parenté avec le(s) bénéficiaire(s)	_____
Raison de prendre cette personne comme assuré	_____	Raison de prendre cette personne comme assuré	_____

4. Garantie décès

<input type="checkbox"/> Garantie décès de base (101%)
Options: <input type="checkbox"/> Garantie décès «plancher» <input type="checkbox"/> Garantie décès «130%» <input type="checkbox"/> Garantie décès «Flex» _____ % (entre 102% et 150%)

5. Questionnaire santé

Une majoration de 10% sur le tarif normal applicable aux primes décès sera appliquée d'office en cas de réponse(s) positive(s) apportée(s) à au moins une des questions ci-dessous, de même qu'en cas de non-réponse à une de ces questions.

	Vie assurée 1	Vie assurée 2
Etes-vous actuellement en mauvaise santé et présentez-vous des troubles ou des malformations physiques ou mentales?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Au cours des 5 dernières années, avez-vous passé un examen médical, reçu des conseils ou des traitements médicaux – sauf dans le cas d'infections ou de maladies sans complications de quelque nature que ce soit (exemple: toux et rhume) – ou avez-vous été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà été sujet à des crises d'épilepsie, des évanouissements ou d'autres troubles du système nerveux ou cérébral, à de l'asthme, une bronchite chronique, une pneumonie, la tuberculose ou toute autre affection pulmonaire, des douleurs thoraciques, de l'hypertension, des palpitations, des essoufflements, un AVC (accident vasculaire cérébral) ou autres troubles cardiaques ou de la circulation, un ulcère gastrique ou duodénal, des diarrhées chroniques ou récurrentes, du diabète ou toute autre affection rénale, hépatique, de la vessie ou du système urinaire, des rhumatismes articulaires aigus, de l'arthrite, des crises de goutte ou des troubles des articulations ou des os, des hypertrophies des glandes ou une forme de cancer, une tumeur ou une maladie du sang, une fièvre récurrente ou persistante ou une perte de poids, ou encore une affection dermique inexplicables?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Une proposition d'assurance-vie vous a-t-elle déjà été refusée, reportée ou acceptée sous certaines conditions?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etes-vous actuellement sous traitement médical de quelque nature que ce soit pour une maladie chronique (ne pas prendre en compte la prise de médicaments courants contre des maux de tête, des rhumes ou toux occasionnels, etc.)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'assuré certifie n'avoir rien caché qui puisse induire Private Estate Life en erreur.

Les réponses aux questions ci-dessus sont sincères et l'assuré n'a dissimulé aucun renseignement médical susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation du risque. Il est rappelé qu'une omission ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de la garantie décès, voire du contrat et le non-paiement de la somme assurée.

Dès à présent, l'assuré autorise son médecin à transmettre au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant les causes du décès.

L'assuré autorise Private Estate Life, uniquement pour les besoins de la gestion du contrat, à saisir les données le concernant dans sa banque de données et donne son consentement spécial quant au traitement et à l'enregistrement des données médicales et personnelles le concernant, pour autant qu'il puisse à tout moment retirer ce consentement. Le retrait du consentement entraîne automatiquement la résiliation du Contrat sous-jacent concerné et le paiement par Private Estate Life de la valeur de rachat au moment de la résiliation moins les frais échus non encore payés.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

Signature de l'assuré 1

Signature de l'assuré 2

6. Désignation du bénéficiaire

Le prédécès d'un ou de plusieurs bénéficiaires nommément désignés impliquera la révocation de cette désignation sauf clause contraire explicite notifiée à Private Estate Life* qui stipulera que la part du bénéficiaire prédécédé sera attribuée :

- soit à un bénéficiaire subsidiaire nommément désigné,
- soit au conjoint ou au cohabitant légal du bénéficiaire prédécédé,
- soit aux descendants ou aux adoptés par parts égales, vivants ou représentés, du bénéficiaire prédécédé,
- soit aux héritiers légaux, légataires et/ou testamentaires du bénéficiaire prédécédé.

Dans l'hypothèse où le preneur d'assurance ne désignerait pas de bénéficiaires au contrat, le bénéfice de celui-ci sera payé au preneur d'assurance ou à ses ayants droit.

A) Bénéficiaire en cas de décès

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec le(s) preneur(s) d'assurance	Si pas de lien de parenté avec le(s) preneur(s), motif de la désignation	%

*

B) Bénéficiaire en cas de vie (contrat à terme uniquement)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec le(s) preneur(s) d'assurance	Si pas de lien de parenté avec le(s) preneur(s), motif de la désignation	%

*

7. Devise du contrat

EUR USD GBP CHF SEK

8. Prime - structure de frais – mode de paiement

Contrat à versements libres	Contrat à primes régulières
Montant du versement <input type="text"/> Devise: <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> SEK	Montant de la prime initiale <input type="text"/> Montant des primes régulières <input type="text"/> Devise: <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> SEK Fréquence: <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
Frais d'acquisition • Frais d'entrée <input type="text"/> % ou • Frais d'établissement <input type="text"/> % dont extra-allocation <input type="text"/> %	Frais d'acquisition • Frais d'entrée <input type="text"/> %
Frais de gestion • 750 EUR + <input type="text"/> % ou • <input type="text"/> %	Frais de gestion (voir dispositions générales)
Mode de paiement <input type="checkbox"/> Chèque: a. Nom et pays de la banque sur laquelle le chèque est tiré <input type="text"/> b. Identité du titulaire du compte sur lequel le chèque est tiré <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de Private Estate Life n° <input type="text"/> ci-joint <input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de Private Estate Life n° <input type="text"/> envoyé à la banque Dexia Belgique (joindre impérativement la copie du chèque et du bordereau de remise du chèque)	

Virement: a. Titulaire du compte débité _____
b. Nom de la banque débité _____

Sur le compte ouvert auprès de: **Dexia – Bil Luxembourg (BIC: BILLULL) n°:** EUR IBAN LU24 0026 1940 9995 0600
 USD IBAN LU53 0026 1940 9997 2000
 GBP IBAN LU20 0026 1940 9994 3300
 CHF IBAN LU82 0026 1940 9997 4000
 SEK IBAN LU61 0026 1940 9999 6300
 EUR IBAN BE87 5645 1379 0394

Dexia Belgique (BIC: GKCCBEBB) n°:

Identification du titulaire du compte
 compte personnel du preneur d'assurance
 compte joint du preneur d'assurance
 compte d'une compagnie d'assurances (*produire une copie de la prestation d'assurance*)
Nom et pays de la compagnie d'assurances _____

compte d'un notaire/avocat Nom et adresse du notaire/avocat: _____

(*produire une copie de l'acte notarié/courrier de l'avocat ou de tout autre document officiel probant permettant d'attester que le notaire/avocat agit pour le compte du preneur d'assurance dans le cadre d'une opération déterminée*)

Autre Nom _____
Nom de femme mariée _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Nationalité _____
Adresse _____
Liens avec les parties présentes dans le contrat _____

9. Contrôle anti-blanchiment

A) Origine des fonds

Origine géographique Pays de provenance des fonds destinés à être investis _____

Origine économique

Epargne Origine de l'épargne (professionnelle, familiale, ...) _____
Forme de l'épargne avant l'invest. (livret, dépôt à terme, portef. actions, ...) _____

Don/Donation Nom du donateur (une fiche profil est à compléter par donateur) _____
Date de l'opération _____
Nature de l'opération (don manuel, indirect, notarié, ...) _____
Liens de parenté avec le(s) donateur(s) _____

Héritage Date du décès _____
Nature de l'héritage (dévolution légale, testament, ...) _____
Liens de parenté avec le(s) défunt(s) _____

Réalisation d'actifs Date de l'opération _____
Nature de l'opération (vente immeuble, vente parts société, ...) _____

Autre _____

Dépôt Si les fonds sont versés par une partie qui n'est pas présente dans le contrat, préciser l'identité de la personne (dans le cadre d'une société, de l'Administrateur-Délégué) qui a effectué le versement et ses liens avec les parties présentes dans le contrat :
Nom _____
Nom de femme mariée _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Nationalité _____
Adresse _____
Liens avec les parties présentes dans le contrat _____

B) Buts de l'opération

Epargne Transmission patrimoniale Autre, à préciser _____

S'il s'agit de garanties/nantissements auprès d'un organisme de prêt, indiquer ses coordonnées ainsi que le montant et la durée de l'emprunt contracté: _____

Date et lieu de signature _____

Signature du preneur d'assurance 1

Signature du preneur d'assurance 2

10. Répartition entre les fonds en % de la prime

Nom du fonds		Nom du fonds	
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
	%		%
		TOTAL	100%

11. Déclaration

Avertissement concernant l'investissement dans des fonds alternatifs, immobiliers ou à liquidité réduite

Le preneur d'assurance qui souhaite investir son épargne dans un contrat d'assurance-vie lié à un ou plusieurs fonds de type « alternatif » ou immobilier, ou dans un fonds interne collectif susceptible d'investir dans un ou plusieurs fonds « alternatifs » ou immobiliers doit être conscient qu'une telle souscription comporte des risques inhérents à la nature particulière des actifs sous-jacents composant ce type de fonds ou l'indice de référence du fonds.

La technique de gestion alternative se distingue des politiques de gestion traditionnelle des fonds classiques de type « actions » ou « obligations ». Elle implique l'utilisation d'instruments financiers complexes tels que des leviers ou des ventes à découvert, et le recours à des produits dérivés ou à toutes autres pratiques d'investissement spéculatives susceptibles d'augmenter le risque de perte.

Le preneur d'assurance est informé que ces fonds peuvent avoir une liquidité réduite.

Ces fonds d'investissement sont donc principalement destinés aux preneurs d'assurance qui déclarent avoir une connaissance approfondie des marchés financiers et qui sont avisés du risque plus élevé de dépréciation de ce type de fonds par rapport à d'autres fonds dits traditionnels.

Le preneur d'assurance est invité, avant toute décision d'investissement dans des fonds de type « alternatif » ou immobilier, à lire attentivement la note d'information relative à ces fonds et à prendre l'avis de ses conseillers financiers propre à l'éclairer sur les risques encourus et sur les conséquences financières de son choix.

Le preneur d'assurance déclare avoir lu et compris le sens de l'avertissement ci-dessus. C'est donc en toute connaissance des risques et particularités liés à la nature des investissements sous-jacents qu'il autorise Private Estate Life à investir sa prime dans un ou plusieurs fonds alternatifs ou immobiliers, s'il en a donné l'instruction lors de la souscription, d'un arbitrage ou d'un versement complémentaire.

Dispositions générales

Le preneur d'assurance reconnaît avoir reçu un exemplaire du présent formulaire de souscription.

Il reconnaît avoir reçu un exemplaire et pris connaissance des dispositions générales de la Police Cadre Camelea comprenant notamment les indications nécessaires à l'exercice de la faculté de renonciation et les tableaux de valeurs de rachat, et de la fiche info financière assurance-vie du contrat.

Date et lieu de signature

Signature du preneur d'assurance 1

Signature du preneur d'assurance 2

12. Intermédiaire ayant recueilli la souscription

N° d'intermédiaire Private Estate Life _____ Depuis quand connaissez-vous le preneur d'assurance? _____

Le preneur d'assurance est juridiquement capable

Le preneur d'assurance est juridiquement incapable mais dûment et valablement représenté (justificatifs joints)

Les sommes investies sont-elles en rapport avec le profil socio-économique du preneur d'assurance? Oui Non

Compte tenu des éléments dont vous avez connaissance, la souscription par le preneur d'assurance du contrat d'assurance apparaît-elle comme une opération « inhabituelle »? Oui Non

Je n'ai pas de raison de mettre en doute la sincérité des déclarations du preneur d'assurance contenues dans ce formulaire de souscription et j'atteste que les fonds destinés à être investis ne constituent pas le produit direct ou indirect d'un crime ou d'un délit.

Date et lieu de signature _____

Nom et signature de l'intermédiaire qui a recueilli la souscription _____