



Numéro de contrat : \_\_\_\_\_  
 Nom du preneur d'assurance : \_\_\_\_\_  
 Nom du payeur de primes : \_\_\_\_\_

**1. INFORMATIONS RELATIVES À L'ACTIVITÉ ACTUELLE**

Quelle est votre activité principale (position / poste dans l'entreprise) et depuis quand ?

Activité : \_\_\_\_\_ depuis : \_\_\_\_\_

Indépendant       Employé       en retraite

Nom et adresse de la société/Siège social?

\_\_\_\_\_

Branche de la société:

\_\_\_\_\_

S'agit-il de votre source principale de revenus?

Oui       Non

(si „Non“, veuillez s'il vous plaît nous donner des détails de la source principale de votre revenu )

\_\_\_\_\_

**2. INDICATIONS SUR L'OBJECTIF DE L'ASSURANCE:**

- Protection d'un crédit (copie du crédit à joindre)
- Prévoyance retraite (évt. avis de la caisse pension LLP/joindre extrait compte individuel, analyse du paiement de la pension lors de la retraite)
- Autre (veuillez s'il vous plaît fournir des détails)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. INFORMATIONS ASSURANCES ULTÉRIEURES**

Avez-vous conclu d'autres assurances vie ou de rentes viagères ou une demande est-elle en cours?

Oui       Non

(si „Oui“, veuillez s'il vous plaît fournir des détails):

Société	Année de la conclusion	Somme assurée en cas de décès	Rente annuelle en cas d'invalidité	Durée Début/Fin	Prime annuelle



LiechtensteinLife

#### 4. INFORMATIONS SUR LE REVENU

Quel était votre revenu annuel brut dans les 3 dernières années? (évt. joindre relevés de salaire, déclaration d'impôt, bilans etc.)

Année	Revenu brut	Monnaie (CHF/EUR)

Les pièces indiquées sont impérativement à joindre, dans le cas **d'un** des points suivants:

- La prime annuelle de toutes les assurances dépasse CHF 10.000,-- resp. € 7.500,--
- La somme des primes de toutes les assurances vie dépasse CHF 1.000.000,-- resp. € 750.000,--

#### 5. INDICATIONS ULTÉRIEURES

Êtes-vous conscient que les assurances vie liées à des fonds d'investissement réalisent des rendements intéressants seulement si le contrat est souscrit à moyen et/ou à long terme?

Oui  Non

A long terme, pouvez-vous assumer les primes convenues?

Oui  Non

#### 6. INFORMATIONS SUR LA PROVENANCE DES MOYENS

Les moyens pour le paiement des primes proviennent-ils de l'activité /la source citée ci-dessus?

Oui  Non

(si „Non“ veuillez s'il vous plaît indiquer la provenance):

---

---

### Les questions suivantes concernent la rente en cas d'incapacité de gain

#### 7. INDICATIONS CONCERNANT LA RENTE EN CAS D'INCAPACITÉ DE GAIN

Avez-vous droit à d'autres prestations d'assurance relatives à une incapacité de gain anticipée (sans tenir compte de cette proposition)?

Oui  Non

(si „Oui“ veuillez s'il vous plaît fournir des détails):

Société	Durée Début/Fin	Rente mensuelle	Monnaie CHF/EUR



## LiechtensteinLife

Attendez-vous d'autres prestations relatives à une incapacité de gain anticipée de:

Prévoyance sociale:                    mensuel             CHF  EUR \_\_\_\_\_  
Prévoyance professionnelle:       mensuel             CHF  EUR \_\_\_\_\_  
Autres sources:                        mensuel             CHF  EUR \_\_\_\_\_

Si la rente IG demandée, les assurances existantes incluses, dépasse CHF 38'000 par an, nous vous prions de nous indiquer votre revenu annuel brut des derniers 3 ans (joindre svp relevés de salaire, déclaration d'impôt, bilans etc.).

Année	Revenu brut	Monnaie (CHF/EUR)

Le(s) preneur(s) d'assurance / le(s) payeur(s) de primes confirme(ent) avec sa(leurs) signature(s) la justesse de l'intégralité des données susmentionnées. Le(s) preneur(s) d'assurance/ le(s) payeur(s) des primes confirme(ent) avec sa (leurs) signature(s) que les primes à payer proviennent des moyens déclarés, conformes aux règles et qu'ils seront légalement déclarés pendant la durée de l'assurance. Vous vous engagez envers la compagnie Liechtenstein Life Assurance S.A à communiquer, par écrit et dans les plus brefs délais, toutes modifications. Le contrat d'assurance sera effectif que lorsque Liechtenstein Life Assurance S.A aura examiné ainsi que déclaré plausible et conforme tous les documents et toutes les informations fournis par le(s) preneur(s) d'assurance.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature preneur d'assurance

\_\_\_\_\_  
Signature payeur des primes

### ENCADREMENT RÉSERVÉ:

Validation?

Oui

Non

si „Non“ autre mesure/précision/décision:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visa:

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature