

DEMANDE D'OFFRE D'ASSURANCE VIE

Nom du courtier.

Nom (collaboratrice contact assuré(e)) : _____ Tel direct _____

1^{ER} assuré

Nom : _____ Fumeur Oui Non Nombre de cigarettes par jour _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Messagerie _____

Salarié Indépendant

2^{ème} assuré (conjoint / concubin)

Nom : _____ Fumeur Oui Non Nombre de cigarettes par jour _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Salarié Indépendant

Périodicité :

Prime unique Devises CHF EUR \$

Prime périodique { Annuelle
 Semestrielle
 Trimestrielle
 Mensuelle

Produits

- Mixte (capital épargne au terme = capital décès CHF 100'000 si vivant au terme CHF 100'000 cas de décès)
- Police avec fonds de placement mini moyen Maxi (risque = répartition actions/obligations)
- Rente viagère immédiate différée (Age de la 1ère rente) _____ (60 ans 62 ans etc.)

Pour le conjoint, si décès de l'assuré restitution du capital Réversible % _____ (100% 70 %)

Ou {
 Montant de la rente souhaitée par an : _____
 Montant de la prime pouvant être payée par an _____ ou/et unique _____
 Ex. CHF 500 + CHF 100'000.-(de suite)

- Assurance Père/mère enfant
Date de naissance de l'enfant _____ Nom/Prénom _____ Terme (Age de l'enfant) 20 ans 25 ans Prime mensuelle _____
- Ass. Vie entière (toute la vie durant en cas de décès)
- Ass. en cas de vie (épargne = ne souhaite pas la garantie décès)
- Assurance décès (risque pur) Décès à capital constant
Décès à capital décroissant
- Rente d'invalidité (montant à couvrir par an _____ A partir du _____ 6 mois 1 an 2 ans etc.)
- Autre produit _____

Pour prime périodique : (gratuité de la prime suite mal/accidents) A partir du _____ 6 mois 1 an 2 ans etc.

Date d'effet de la police : _____

Durée de la police ou âge terme : _____

Montant de la prime : _____

Montant du capital assuré : _____