

# ProFolio - Branche 23

Fonds Externes / Fonds Internes Collectifs

## Dossier de souscription - **Partie 1**

DS-PROFOLIO-1-BEFR-06 -19





# ProFolio - Branche 23

## Dossier de souscription

### Fonds Externes / Fonds Internes Collectifs

### Sommaire

#### Partie 1

- Proposition d'Assurance
- Compléments à la Proposition d'assurance
- Déclaration de santé de l'Assuré
- Déclarations du Preneur et/ou du Bénéficiaire effectif
- Rapport de connaissance client (KYC)

Dans la présente documentation, sauf indication contraire, les termes «Preneur», «Bénéficiaire», «Bénéficiaire effectif» et «Assuré» (entre autres) peuvent être utilisés au singulier et au pluriel. En principe, le singulier est toujours utilisé dans un but de clarté et de facilité de compréhension. De cette même manière, le masculin est retenu mais doit comprendre les deux sexes (homme et femme).



# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

Intermédiaire: ..... N° Intermédiaire: .....

## 1. DONNÉES GÉNÉRALES

### Preneur

#### → Personne physique \*:

#### Preneur 1

Titre	Nom		
Prénom		Nationalité(s)	
Etat civil	(si marié, veuillez préciser le régime matrimonial)		
Profession			
Numéro de carte d'identité	Pays d'émission	US Green card: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° Registre National	Pays d'imposition		
Date de naissance	Lieu et pays de naissance		
Rue			N°
Code postal	Localité		
Pays			
Téléphone privé			

#### Preneur 2

Titre	Nom		
Prénom		Nationalité(s)	
Etat civil	(si marié, veuillez préciser le régime matrimonial)		
Profession			
Numéro de carte d'identité	Pays d'émission	US Green card: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° Registre National	Pays d'imposition		
Date de naissance	Lieu et pays de naissance		
Rue			N°
Code postal	Localité		
Pays			
Téléphone privé			

\* Agissant en son nom et pour son compte. Si le Preneur est sous tutelle ou curatelle, veuillez joindre l'autorisation du Juge des Tutelles ou du Conseil de famille ou du curateur.

#### → Personne morale:

Dénomination de la société	
Forme juridique	Date de constitution
Immatriculation Registre Commerce	
Secteur d'activité	
Rue	N°
Code postal	Localité
Pays	

Téléphone professionnel	Téléfax
N° d'entreprise	

#### Représentant(s) (Personne(s) habilitée(s) à engager la société):

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Fonction	US Green card: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Afin de pouvoir communiquer facilement avec vous, nous vous demandons de nous fournir une adresse e-mail. Cette adresse nous permet également de vous fournir toutes les informations sur les développements internes concernant nos produits et de respecter toutes les obligations légales.

E-mail Preneur 1
E-mail Preneur (personne morale)

E-mail Preneur 2
------------------



# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

## 3. MODALITÉS PARTICULIÈRES ÉVENTUELLES (Cession de droits post-mortem, Retour conventionnel, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. COUVERTURE DÉCÈS\* (détaillée au sein des Conditions Générales)

- Prestation décès de base:** aucune garantie décès optionnelle
- Option 1:** Capital Résiduel\*\*
- Option 2:** pourcentage du Capital Résiduel:  %
- Option 3:** pourcentage de la valeur de rachat du contrat:  %

\* Toute garantie décès optionnelle doit être acceptée par nos services. Il peut être nécessaire à cet égard d'accomplir des formalités médicales.

\*\* Total des primes brutes payées, proportionnellement diminuées des rachats partiels bruts effectués.

## Dénouement du contrat

- au 1er décès**     **au 2ème décès** (à défaut de choix le contrat se dénouera automatiquement au 1er décès).

## 5. DURÉE

- indéterminée     durée déterminée  an(s)

## 6. PRIME

Montant du versement brut  €

Devise  USD     GBP     CHF     ..... (sous réserve d'acceptation de la Compagnie)

**Taxe 2,00 %:**  Etalement de la taxe sur 4 ans (veuillez remplir le formulaire adéquat)

### Mode de paiement:

Virement sur compte bancaire (les coordonnées bancaires vous seront communiquées par la Compagnie après acceptation du dossier de souscription).

Paiement par transfert de portefeuille

- Veuillez fournir une liste détaillée des codes ISIN, leur description ainsi que leur quantité à transférer.
- Les actifs doivent être conformes aux règles d'investissement du Commissariat aux Assurances, en plus d'être acceptés préalablement par la Compagnie.
- Le paiement de la prime par apport de portefeuille nécessite une certaine prudence quant au mode de gestion et à la liquidité des titres. A défaut de caractère discrétionnaire, le contrat d'assurance-vie pourrait être requalifié en produit bancaire taxé à l'imposition des revenus.
- Le Preneur déclare explicitement :
  - recourir au versement de la prime en nature dans un but étranger à celui d'échapper à l'impôt (la volonté seule de planification successorale ne suffit pas)
  - être conscient que la délégation des obligations d'information est consentie à sa demande
  - avoir été averti des risques fiscaux éventuels
  - comprendre et accepter les implications juridiques de cette situation
  - décharger la Compagnie de toute responsabilité qui pourrait découler du paiement en nature

De son côté, la Compagnie prend toutes les précautions nécessaires pour ce transfert.

Sauf stipulation contraire, le droit belge s'applique au paiement de la prime en nature.

# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

## 7. ACCEPTATION DU CONTRAT ET PAIEMENT DE LA PRIME

La Compagnie confirme l'acceptation, sous réserve du respect de toutes les conditions telles qu'énoncées dans les Conditions Générales, du Contrat et autorise le paiement de la prime via l'un des modes de communication suivants:

- Par courrier adressé à son domicile
- Par email à l'adresse courriel indiquée pour le Preneur 1/ Preneur 2 au point 1 de la présente proposition d'assurance
- Via son Intermédiaire

## 8. FRAIS

Il est à noter que les détails afférents aux frais de votre Contrat se trouvent dans le Document d'Information Clés (DIS) qui vous a été remis préalablement à la signature de la présente proposition d'assurance.

Frais d'entrée<sup>1</sup>  %

Frais de gestion du contrat d'assurance<sup>1</sup>  %

<sup>1</sup>Les frais d'entrée ainsi que les frais de gestion du contrat d'assurance sont soumis à l'approbation de la Compagnie

## 9. VOTRE INVESTISSEMENT

Votre profil d'investissement Baloise déterminé par le distributeur

- Conservateur
- Défensif
- Equilibré
- Dynamique
- Offensif

### Choix des fonds d'investissement

Fonds externes:

Nom du fonds	ISIN	%
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Fonds internes collectifs:

Nom du fonds	%
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....



# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

## 10. INSTRUCTIONS D'ENVOI

(A défaut d'instructions, le Contrat et tout courrier qui s'y rapporte seront envoyés au Preneur d'assurance).

Le Preneur d'assurance donne instruction à la Compagnie d'envoyer le courrier à l'adresse du/de:

1<sup>er</sup> Preneur     2<sup>ème</sup> Preneur     l'Intermédiaire

## 11. REMPLACEMENT DE CONTRAT OU REPRISE DE CONTRAT

Le Contrat est-il souscrit en remplacement d'un autre contrat (rachat ou réduction d'un premier contrat)

Oui  Non

Le Contrat est-il souscrit dans le cadre d'une reprise de contrat

Oui  Non

(remplacement d'un contrat souscrit auprès d'une autre Compagnie d'assurance)

## 12. RECONSTITUTION D'UN CRÉDIT SOLLICITÉ

Oui  Non

## 13. DÉCLARATIONS GÉNÉRALES

La signature de cette proposition n'engage ni le Preneur, ni la Compagnie à la conclusion de la police d'assurance-vie. Dans les trente (30) jours qui suivent la réception de cette proposition, la Compagnie pourra notifier soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer. A défaut, la Compagnie s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

La signature de cette proposition d'assurance ne fait pas courir la couverture, cette dernière étant actée par l'émission des Conditions Particulières par la Compagnie. Le Preneur déclare avoir minutieusement indiqué, dans cette proposition, toutes les données qu'il peut raisonnablement supposer nécessaires et utiles à l'appréciation du risque. Il s'engage à immédiatement tenir la Compagnie au courant d'éventuelles modifications de ces données.

Aucun versement ne peut être encaissé avant la conclusion de la police. Au cas où le Preneur, après un examen médical favorable, annule la police endéans les trente (30) jours à compter de son entrée en vigueur, les frais des examens médicaux peuvent être mis à sa charge.

La Compagnie informe le Preneur que ses données peuvent être utilisées dans le cadre de la réalisation, par la Compagnie, des diligences lui incombant dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Le Preneur est conscient du fait que les supports financiers du contrat d'assurance vie sont exposés aux fluctuations des marchés financiers.

Le Preneur déclare que la présente proposition d'assurance est réalisée pour son compte et que les fonds destinés à y être investis n'ont pas d'origine délictueuse. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie à l'égard de la Compagnie n'entraîne pas seulement l'annulation du contrat d'assurance, mais également des poursuites pénales.

Le Preneur est conscient du fait que la Compagnie est une société anonyme de droit luxembourgeois inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le n° B 54 686 avec l'agrément du Commissariat aux Assurances dont les bureaux sont établis à L-1840 Luxembourg, 7, Boulevard Joseph II. Le siège sociale de la Compagnie est situé au 23, rue du puits Romain L-8070 Bertrange (Grand-Duché de Luxembourg).

Le Preneur peut adresser toute plainte au sujet du contrat à la Compagnie par:

- Courrier à l'attention du «Service AML Litigations»; ou

- Courriel à l'adresse suivante: qualite@baloise.lu.

A défaut d'un retour dans les nonante (90) jours ou en cas de réponse insatisfaisante, une réclamation peut être adressée devant:

\* Le Commissariat aux Assurances, selon les modalités figurant sur le site de ce dernier;

\* Le Médiateur en Assurances (ACA – C/o Médiateur en Assurances – B.P. 448 – L-2014 Luxembourg; mediateur@aca.lu) en remplissant le formulaire téléchargeable sur : <https://www.aca.lu/fr/mediateur-assurance>;

\* L'organe de règlement extrajudiciaire des réclamations compétent dont la législation s'applique au Contrat:

- Pour la Belgique:

OMBUDSMAN DES ASSURANCES  
square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles  
Téléphone: +32 (2) 547 58 71  
[info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)

ou devant l'autorité chargée du contrôle des Assureurs établie dans le pays dont la législation s'applique au Contrat:

- Pour la Belgique:

Autorité des Services et Marchés Financiers (FSMA)  
Rue du Congrès 12-14 B-1000 Bruxelles  
[www.fsma.be](http://www.fsma.be)

Par ailleurs, le Preneur a également le droit d'intenter une action devant les Tribunaux compétents.

Le Preneur prend note que les Conditions Particulières seront expédiées dans les meilleurs délais. En cas de non-réception dans un délai de deux (2) mois à compter de la signature de la présente proposition d'assurance, il s'engage à en informer la Compagnie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le soussigné déclare savoir que le Contrat est soumis au règlement des frais de gestion administrative du Contrat par retrait partiel trimestriel d'unités du Contrat et autorise la Compagnie à procéder à tout retrait partiel du Contrat aux fins d'acquitter les frais de gestion dus.

Le soussigné déclare avoir été informé que la Politique de gestion des conflits d'intérêts mise en place par la Compagnie est disponible sur son site internet

<https://www.baloise-international.lu/belgium/fr/conflits-interets.html>.

# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

## 14. DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

En tant qu'assureur, la Compagnie traite des informations tant pour évaluer le risque (pour la souscription) que pour gérer les contrats. Certaines de ces informations peuvent avoir un caractère personnel comme par exemple l'âge, l'adresse, la date de naissance, ou les données médicales du Preneur si le type de contrat le requiert. La Compagnie ne traite ses données médicales que si le Preneur donne explicitement son autorisation sur le bulletin de souscription et dans l'annexe appropriée.

La Compagnie utilise ces informations exclusivement dans le but de remplir ses obligations contractuelles et légales ainsi que pour effectuer des traitements constituant un intérêt légitime tel que la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment d'argent et la lutte contre le financement du terrorisme dans le cadre de la législation CRS.

La base juridique de ces traitements est fondée sur l'article 6.1 a., b., c. et f. du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement RGPD n° 2016/679).

Les destinataires des données, dans le cadre des traitements autorisés, peuvent être des autorités compétentes, des entreprises d'assurance du Baloise Group ou extérieures au Baloise Group, des organismes de sécurité sociale, des réassureurs, des représentants habilités, et toute autre partie avec laquelle la Compagnie a des contrats et avec lesquels elle peut traiter les données dans le respect de la législation. Avant de transmettre les données du Preneur à un destinataire situé dans un pays tiers qui, selon les autorités de contrôle, ne dispose pas d'une législation adéquate en matière de protection des données, la Compagnie veillera à inclure dans ses contrats de prestation de services les clauses types de protection des données adoptées par la Commission européenne (article 46 (2) (c) RGPD), afin de garantir une protection adéquate.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée exigée par la loi ou aussi longtemps que cela est nécessaire.

### Les droits légaux du Preneur.

Le Preneur a le droit de consulter ses données personnelles, de les corriger, de les compléter, de les modifier, d'en limiter le traitement, de s'opposer à leur utilisation ou de demander la suppression de celles-ci.

Le Preneur a le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNPD.lu, autorité de contrôle Luxembourgeoise située:

### CNPD

1, avenue du Rock'n'Roll  
L-4361 Esch-sur-Alzette  
Tél. : (+352) 26 10 60 -1

La fourniture des données à caractère personnel a un caractère contractuel et légal. La non fourniture de ces données peut entraîner un refus d'acceptation, une limitation de couverture selon les Conditions Générales ou encore une impossibilité pour la Compagnie de procéder à un rachat partiel, un rachat total ou à un versement de bénéfice/capital à termes ou en cas de décès.

### La sécurité des données personnelles

La Compagnie s'engage à traiter ces données de manière réservée en appliquant des normes de sécurité certifiées. Les communications de données par Internet sont toujours fournies au(x) risques et périls du Preneur. La Compagnie protège les données communiquées par l'intermédiaire de son site Web par des mécanismes de cryptage adéquats. Néanmoins, la Compagnie ne peut garantir le niveau de sécurité des terminaux électroniques du Preneur (parc informatique et appareils nomades).

### Plus d'informations

Ceci n'est qu'un résumé de la politique en matière de vie privée. Si le Preneur souhaite connaître précisément ses droits et obligations, la Compagnie l'invite à consulter la politique en matière de vie privée complète sur son site web ([www.baloise-international.lu/gdpr](http://www.baloise-international.lu/gdpr)). La Compagnie peut également lui fournir une version papier de ladite politique sur simple demande de sa part. Le Preneur a ainsi toujours accès à la politique la plus actuelle.

### Données de contact

Pour toutes questions sur la vie privée, la Compagnie invite le Preneur à s'adresser à leur Data Protection Officer :

Groupe Baloise à Luxembourg  
Data Protection Officer  
23, rue du Puits Romain  
L-8070 Bertrange  
E-mail : [dataprotection@baloise.lu](mailto:dataprotection@baloise.lu)

## 15. LUTTE CONTRE LES CONTRATS D'ASSURANCE DORMANTS

Le Preneur s'engage à notifier tout changement d'adresse le concernant, ainsi que ceux des Assurés et des Bénéficiaires dont il a connaissance.

Le Preneur autorise la Compagnie à procéder à toute démarche, de quelque nature que ce soit, afin de s'assurer de la vie ou du décès de l'Assuré, en ce compris les consultations au Registre National des Personnes Physiques par l'intermédiaire d'ASSURALIA, au cas où l'Assuré est âgé de 90 ans ou plus et que le dernier contrat avéré avec le Preneur remonte à plus de deux (2) ans et en tous les cas dans les six (6) mois qui suivent le terme du Contrat.

Le Preneur autorise la Compagnie, lorsque elle a connaissance du décès de l'Assuré, à procéder à toute démarche, de quelque nature que ce soit, utile à l'identification du bénéficiaire désigné et à prendre contact avec lui afin de procéder au règlement des prestations dues en vertu du Contrat.

Le Preneur autorise la Compagnie à consulter le Registre National des Personnes Physiques, par l'intermédiaire d'ASSURALIA, dans les dix-huit (18) mois qui suivent la prise de connaissance du décès de l'Assuré et en l'absence d'intervention des Bénéficiaires du Contrat, afin de vérifier si, d'une part, les Bénéficiaires désignés, sont en vie et, d'autre part, afin de vérifier, les adresses auxquelles les bénéficiaires peuvent être joints.

Le Preneur autorise la Compagnie à transférer à la Caisse de Dépôt et de Consignations belge, tout en communiquant à cette dernière les données visées à l'article 38 de la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses (I) les avoirs destinés aux Bénéficiaires, qui bien que dûment contactés, ne se seraient pas manifestés dans les 18 mois qui suivent la prise de connaissance par la Compagnie du décès de l'Assuré. A ces fins, le Preneur:

- déclare avoir conscience et accepte que la Compagnie communique des données contractuelles couvertes par le secret professionnel à des tiers.
- délègue la Compagnie du secret professionnel auquel elle est tenue en vertu de l'article 300 de la loi luxembourgeoise sur le secteur des assurances du 7 décembre 2015 et de l'article 458 du Code pénal luxembourgeois.
- déclare avoir conscience et accepte que ces tiers pourraient communiquer les données transmises à d'autres personnes sans que la responsabilité de la Compagnie puisse être engagée.
- déclare et accepte que les frais de recherches exposés par la Compagnie soient déduits des prestations servies aux Bénéficiaires.

# ProFolio - Branche 23 - Proposition d'assurance



CONTRAT D'ASSURANCE-VIE

Proposition d'assurance N°: .....

## 16. DROIT DE RENONCIATION ET ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE TOUTE LA DOCUMENTATION PRECONTRACTUELLE

Le Preneur reconnaît avoir été informé sur les modalités du droit de renonciation, conformément aux dispositions des Conditions Générales.

En effet, il peut renoncer au contrat à compter de la date de signature de la présente proposition d'assurance, mais au plus tard trente (30) jours dès lors que le Preneur a été informé de l'acceptation de la proposition d'assurance par la Compagnie ou bien a reçu les Conditions Particulières, sous réserve inconditionnelle de la réception de la première prime sur le compte financier de la Compagnie.

### Acceptation

Le Preneur reconnaît expressément avoir reçu de son intermédiaire ou de la Compagnie, en version papier (sauf instruction contraire), ou sur le site internet public de la Compagnie <http://www.baloise-international.lu>, et sur demande auprès de la Compagnie:

- un exemplaire de la présente proposition d'assurance;
- les Conditions Générales;
- les informations nécessaires concernant les fonds choisis;
- les Conditions Spécifiques et documents d'informations des fonds liés au Contrat;
- la politique en matière de conflits d'intérêts sur support papier après en avoir fait la demande auprès de la Compagnie, ou à défaut sur le site internet dont le lien est le suivant: <https://www.baloise-international.lu/belgium/fr/conflits-interets.html>.

Le Preneur déclare avoir rempli la présente proposition d'assurance en toute connaissance de cause et que les données y mentionnées sont exactes et conformes à sa volonté. Il confirme également avoir été suffisamment informé et mis en garde sur les fonds d'investissement de son choix et les profils d'investissement proposés.

Le Preneur d'assurance déclare avoir pris connaissance, compris, confirmé et accepté spécialement:

- Les Conditions Générales sous la version CG-PROFOLIO-FE-BEFR-04-19
- le profil d'investissement déterminé par le distributeur  
En cas de désaccord, veuillez barrer cette mention et préciser le profil souhaité : .....
- son investissement
- instructions d'envoi
- remplacement de contrat ou reprise de contrat
- reconstitution d'un crédit sollicité
- déclarations générales
- données personnelles
- lutte contre les contrats d'assurances dormants
- droit de renonciation et accusé de réception de toute la documentation precontractuelle

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du Preneur

Signature de l'Assuré si différent du Preneur  
précédée de la mention manuscrite «Pour accord»



## Compléments à la Proposition d'assurance (Veuillez cocher pour acceptation)

### Etalement de la taxe sur les primes

En cochant cette case, en ma qualité de Preneur, je reconnais être débiteur envers la Compagnie d'une somme représentant 2 % de la prime versée sur mon Contrat, équivalent au montant de la taxe belge applicable sur le montant de la prime. A ce titre, je cède partiellement à la Compagnie qui accepte, mon droit au rachat comme suit, conformément à l'article 183 de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances:

- **1<sup>er</sup> rachat** effectué le jour du premier anniversaire de la date d'effet de mon Contrat à hauteur de 0,50 % de la prime payée
- **2<sup>ème</sup> rachat** effectué le jour du deuxième anniversaire de la date d'effet de mon Contrat à hauteur de 0,50 % de la prime payée
- **3<sup>ème</sup> rachat** effectué le jour du troisième anniversaire de la date d'effet de mon Contrat à hauteur de 0,50 % de la prime payée
- **4<sup>ème</sup> rachat** effectué le jour du quatrième anniversaire de la date d'effet de mon Contrat à hauteur de 0,50 % de la prime payée

Je demande expressément que chacun des rachats susmentionnés se fasse de manière proportionnelle sur l'ensemble des fonds attachés à mon Contrat au jour du rachat et soient prélevés par priorité sur les liquidités logées dans le fonds dédié.

Par ailleurs, j'autorise expressément la Compagnie qu'en cas de :

- renonciation de ma part au Contrat,
- rachat total ou partiel, ou
- décès,

à retenir toute somme due en exécution de mon Contrat qui n'aurait pas été remboursée, outre ce qui est prévu dans les Conditions Générales et Particulières.

### Mandat relatif à la communication d'informations à l'Intermédiaire d'assurance\*

J'autorise la Compagnie à communiquer toute information, par tout moyen, relative au présent Contrat qui pourrait être réclamée par mon Intermédiaire et ceci à première demande et pendant toute la durée du Contrat.

Toute exécution d'ordres émis par mon Intermédiaire sur le Contrat, ne pourra en aucun cas se faire par la Compagnie

A ces fins :

- Je délègue la Compagnie du secret professionnel auquel elle est tenue en vertu de l'article 300 de la loi luxembourgeoise sur le secteur des assurances du 7 décembre 2015 ;
- J'accepte que la Compagnie ne puisse être tenue pour responsable de tout dommage subi du fait de la transmission de données relatives au Contrat à mon Intermédiaire ;
- Je déclare, dès lors, renoncer à toute action de quelque nature que ce soit à l'encontre de la Compagnie visant à obtenir réparation du préjudice que j'aurais subi à la suite de la transmission de données relatives au Contrat par la Compagnie à ses derniers.
- J'accepte que mon Intermédiaire, à partir de ce jour, demande à la Compagnie toute information qu'il juge utile ou nécessaire concernant mon Contrat jusqu'à l'extinction des obligations de la Compagnie au regard du Contrat, ou jusqu'à révocation expresse écrite de ma part, notifiée à la Compagnie.

### Déclaration CRS/FATCA – Personne Physique\*

Si vous êtes est une Personne Morale, veuillez réclamer le formulaire d'identification fiscale adapté auprès de votre distributeur.

#### 1. Etes-vous résident fiscal luxembourgeois ?

Le Preneur 1:  Oui  Non

Le Preneur 2:  Oui  Non

Si vous avez coché oui, passez directement à la question 3.

\* Documentation obligatoire

## 2. Dans quel pays êtes-vous résident fiscal ?

### • Le Preneur 1:

Résidence fiscale
Numéro de registre national
Numéro fiscal – si différent

### • Le Preneur 2:

Résidence fiscale
Numéro de registre national
Numéro fiscal – si différent

## 3. Etes-vous une «US Person» suivant la définition reprise ci-dessous ou disposez-vous du statut de résident fiscal américain pour d'autres raisons:

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Le Preneur 1:                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Le Preneur 2:                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • La personne qui verse les primes:  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • L'Assuré 1:                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • L'Assuré 2:                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Un Bénéficiaire nommément désigné: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### La notion de «US Person» inclut notamment\* :

- Les personnes ayant la nationalité américaine (y compris les personnes ayant une double nationalité ou plusieurs nationalités);
- Les personnes qui résident aux Etats-Unis;
- Les personnes qui possèdent un titre de séjour aux USA (par exemple une «Green Card»);
- Les personnes qui ont séjourné aux USA pour une certaine période («test de présence substantielle»):
  - au moins 31 jours au cours de l'année civile et,
  - plus de 183 jours au total sur l'année en cours et les deux années civiles précédentes. La méthode de calcul est la suivante : les jours de l'année en cours sont comptés en totalité; les jours de l'année antérieure sont comptés pour un tiers; les jours de l'année avant l'année antérieure sont comptés pour un sixième;

\* Il est à noter qu'une personne qui n'a pas le statut de «US Person» peut être considérée comme un résident fiscal américain pour d'autres raisons (par exemple une double résidence, une déclaration d'impôt conjointe avec une «US Person» [un conjoint par exemple], ou encore suite à une demande de renonciation à la nationalité américaine ou de titre de séjour longue durée).

## Obligation de déclaration et coopération dans le cadre de la réglementation FATCA/CRS

### CRS (Common Reporting Standard)

Dans le cadre de l'échange automatique d'information dans le domaine fiscal, la Compagnie est tenue de transmettre les informations suivantes aux autorités fiscales: L'identification complète du client ainsi que la valeur du Contrat ainsi que sa devise, les montants et types des rachats effectués,

Je déclare, en ma qualité de Preneur, informer immédiatement la Compagnie:

- de tout changement de résidence fiscale,
- d'acquisition éventuelle du statut de «US Person» ou de résident fiscal américain.

Tout au long de la durée de mon Contrat, je déclare coopérer aux enquêtes menées par la Compagnie (lorsque celle-ci détiendrait des indices pouvant affecter mon statut FATCA et/ou dans le cadre de la réglementation CRS), et encourager les personnes éventuellement concernées à coopérer aussi. Par coopération il y a lieu d'entre : l'obligation de fournir des réponses complètes et exactes aux questions qui seront posées.

La loi applicable aux présents documents est la loi luxembourgeoise.

<p><b>Le Preneur</b>, pour accord des cases susmentionnées cochées :</p> <p>Fait à : ..... , le : ..... / ..... / .....</p>	<p><b>Le Bénéficiaire</b> acceptant éventuel* <u>en cas d'étalement de la taxe sur les primes :</u></p> <p>Fait à : ..... , le : ..... / ..... / .....</p>
---	--

\* En cas d'acceptation du bénéfice, veuillez joindre le formulaire adéquat «Avenant d'acceptation de bénéfice».

## Annexe

### Déclaration de santé de l'Assuré

→ Cette déclaration est à remplir en cas de souscription d'une garantie décès optionnelle (options 1, 2 et 3).

Toute garantie décès optionnelle doit être acceptée par la Compagnie. L'Assuré doit remplir ce questionnaire médical a minima. En cas de besoin, la Compagnie peut exiger des formalités médicales complémentaires.

#### Déclaration de santé du ou des Assurés

	Assuré 1	Assuré 2
<b>1. Souffrez-vous d'une affection médicale grave* ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle ? .....
<b>2. Etes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quand ? ..... Raison .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quand ? ..... Raison .....
<b>3. Avez-vous au cours des 5 dernières années:</b>		
a) souffert d'une affection médicale grave*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Laquelle ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Laquelle ? .....
b) dû interrompre vos activités professionnelles pendant plus de 30 jours pour maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Raison .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Raison .....
<b>4. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi ? .....
<b>5. Quel est votre poids - votre taille ?</b>	..... kg ..... cm	..... kg ..... cm
<b>6. Quelle est votre consommation journalière en:</b>		
a) boissons alcoolisées (vin, bière, alcool)?	Quantité: ..... par jour	Quantité: ..... par jour
b) tabac (cigarettes, cigares, pipes) ?	Quantité: ..... par jour	Quantité: ..... par jour
<b>7. Avez-vous passé un test de dépistage du virus HIV ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Résultat .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ..... Résultat .....

\* Par affection médicale grave, on entend : affection psychique ou du système nerveux, affection des voies respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire, des organes des sens, de la peau, des os, articulations ou du dos.

- L'Assuré confirme l'exactitude des réponses ci-dessus.
- Il donne à la Compagnie l'autorisation de traiter ses données médicales et donne également son accord pour que celles-ci soient éventuellement transmises à un médecin ou à l'équipe médicale de ce dernier.
- Il s'engage également à demander à son médecin toutes les déclarations médicales qui sont nécessaires à la conclusion ou l'exécution du Contrat.
- Il donne formellement l'autorisation au médecin qui constatera son décès de livrer une déclaration sur la cause du décès au médecin-conseil de la Compagnie.

## Autorisation de traiter les données médicales de l'Assuré

### Pourquoi est-ce que nous vous demandons votre autorisation?

La loi nous oblige à vous demander explicitement l'autorisation de traiter vos données médicales pour:

- évaluer si nous voulons vous assurer;
- traiter votre Contrat;
- lutter contre la fraude.

### Sur quoi porte votre autorisation de traitement de vos données médicales?

Vous donnez votre accord à un éventuel examen médical par notre médecin-conseil si cela s'avère nécessaire.

Vous demandez à votre médecin les déclarations médicales qui pourraient être nécessaires au traitement de vos Contrats.

Vous autorisez le médecin qui constatera votre décès de fournir à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de votre décès.

### Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons les données médicales avec des mesures très élevées et seules les personnes compétentes traitent ces données dans la plus grande confidentialité.

### Dans le cadre de votre Contrat,

- nous pouvons être amenés à traiter des informations essentielles venant des dossiers de prestataires médicaux, d'organismes de sécurité sociale, d'assurances privées, de fonds de pension ou encore d'autorités publiques ou d'employeurs.

- nous pouvons vous communiquer ces données ou les communiquer à une personne qui vous représente légalement (par exemple un tuteur ou administrateur, un avocat, un médecin).

Nous pouvons communiquer ces données à d'autres parties si celles-ci peuvent ou doivent les connaître.

Nous pensons par exemple à:

- des autorités compétentes;
- des entreprises appartenant au Baloise Group;
- d'autres entreprises d'assurances;
- des mutualités;
- des réassureurs ou leurs représentants qui traitent aussi le sinistre;
- d'autres parties avec lesquelles nous avons des Contrats en tant que responsable, afin de traiter les données dans le respect de la législation en vigueur.
- Nous ne communiquons les données à d'autres parties que si cela est nécessaire pour évaluer si nous voulons vous assurer ou pour traiter vos Contrats.

Si nous communiquons vos données à des parties dans des pays tiers hors de l'UE, nous respecterons strictement les mesures de sécurisation imposées par la réglementation de l'UE.

Nous ne conservons pas vos données indéfiniment

Nous conservons vos données aussi longtemps que cela est nécessaire pour le traitement de vos Contrats.

Une levée de secret professionnel est également nécessaire pour le transfert de ces données pour l'exécution des Contrats.

### Par conséquent,

- je consens à ce que la Compagnie traite mes données médicales nécessaires contractuellement pour l'évaluation de risque au moment de la conclusion ou de la modification de mon Contrat ainsi que pour évaluer les bénéfices versés en cas de décès.

- je déclare également autoriser la levée du secret professionnel des médecins ou organismes traitant mes données médicales et les autorise à fournir directement à la Compagnie ou son service médical les informations pertinentes nécessaires à l'évaluation de ma couverture décès et à la gestion du Contrat.

- je consens également à ce que la Compagnie examine des dossiers judiciaires et reçoive des informations d'organes habilités à traiter des données médicales.

**oui, je confirme mon consentement et ma déclaration de levée du secret professionnel pour mes données médicales.**

A tout moment, vous avez le droit de révoquer votre accord en adressant un courrier avec copie d'une pièce d'identité à la Compagnie Vie Luxembourg S.A, Service data protection, 23 Rue du Puits Romain à L-8070 Bertange ou à l'adresse e-mail à [dataprotection@baloise.lu](mailto:dataprotection@baloise.lu).

La révocation de votre consentement n'affecte pas la légalité du traitement de données effectuée jusque-là, sur base de votre consentement.

Le retrait ou le refus de consentement peut entraîner un refus d'acceptation, des conditions d'assurance modifiées, une limitation de une couverture comme décrit au sein des Conditions Générales ou encore une impossibilité pour la Compagnie de pouvoir procéder aux versements appropriés en cas de rachat partiel ou total et plus particulièrement, en cas de décès.

Nom et prénom du soussigné:

.....

Adresse: .....

.....

Date: .....

.....

Tél. domicile: .....

.....

GSM: .....

.....

A ....., le ..... / ..... / .....

Signature de l'Assuré 1, précédée de la mention « lu et approuvé »

A ....., le ..... / ..... / .....

Signature de l'Assuré 2, précédée de la mention « lu et approuvé »



## Déclarations du Preneur et/ou du Bénéficiaire effectif \*

### Nous déclarons expressément que:

- L'origine des fonds destinés à être investis dans le Contrat proviennent d'une activité légale, conformément à la législation européenne de lutte contre le blanchiment d'argent.  
En d'autres termes, les primes versées sur le Contrat ne sont pas issues d'un enrichissement dont nous bénéficions suite à la réalisation d'une infraction primaire de blanchiment d'argent et la prime n'a pas pour vocation de financer le terrorisme.
- Les fonds utilisés pour régler les primes présentes et futures sont et seront virés au départ de comptes connus des autorités fiscales de notre pays de résidence et ont été, sont ou seront imposés conformément à la législation fiscale applicable dans notre pays de résidence.  
En cas de changement de pays de résidence au cours de l'année du versement de la prime, nous ferons, sans tarder, le nécessaire pour satisfaire aux obligations fiscales en vigueur dans le pays d'accueil.
- La souscription du Contrat et les prestations d'assurance versées devront être déclarées, le cas échéant, auprès des autorités fiscales dont nous relevons, conformément à sa législation fiscale.
- La Compagnie peut communiquer les informations relatives au Contrat auprès des autorités fiscales dans le respect du cadre légal.
- La Compagnie ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable d'éventuelles conséquences fiscales résultant du Contrat conclu. Moi, Preneur, suis conscient que toute modification de lois, règlements, jurisprudence, modification ou adaptation du Contrat, ... puisse entraîner une modification du régime fiscal applicable à mon Contrat.
- La responsabilité quant à l'obtention de toutes les informations sur les lois fiscales applicables repose entièrement sur nous.
- L'obligation de communication de toutes les informations requises par les autorités fiscales compétentes, et l'acquiescement des impôts dus conformément à la législation applicable nous appartient.
- La Compagnie nous a conseillé de prendre conseil auprès d'un fiscaliste avant de souscrire un contrat, de le modifier ou de l'adapter ainsi que pour obtenir des informations sur toutes les questions d'ordre juridique ou fiscal.
- La Compagnie et ses collaborateurs nous ont informés de leur interdiction de nous prodiguer des conseils juridiques et/ou fiscaux.
- Le présent Contrat n'a pas pour conséquence de favoriser une répartition de nos avoirs qui viendrait entamer la réserve légale des héritiers.
- La Compagnie recevra de notre part, à chaque demande, toutes les informations utiles de manière à lui permettre de respecter ses obligations légales, notamment en matière d'anti-blanchiment et de lutte contre le terrorisme.
- Les informations communiquées lors de la souscription du Contrat sont actuelles, sincères, exactes et exhaustives.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du Preneur et du Bénéficiaire effectif

\* Le Bénéficiaire effectif est toute personne physique qui possède ou contrôle directement ou indirectement un pourcentage suffisant d'actions ou de droits de vote dans l'entité juridique qui est le Preneur, ou toute personne physique qui exerce autrement le pouvoir de contrôle sur la direction du Preneur et/ou du Contrat.

## Rapport de connaissance client (KYC)

→ Ce document est à compléter pour tous les cas de souscription, indépendamment des montants. Il sera complété de façon aussi précise que possible et sera obligatoirement accompagné des pièces justificatives indiquées par rubrique. Ce document est destiné à permettre à la Compagnie de remplir ses obligations en matière de connaissance de ses clients. L'original de ce document doit être retourné à la Compagnie, dûment complété et signé. **Au cas où un second Preneur d'assurance, qui n'est pas le conjoint du premier, interviendrait dans le contrat, il y a lieu de compléter un Rapport de connaissance client séparément. Un rapport de connaissance client doit également être complété pour chacun des bénéficiaires effectifs mentionnés au point D.**

**Identification de l'intermédiaire:** → N'oubliez pas de compléter la partie réservée à la personne ayant recueilli les renseignements auprès du client (voir infra)

Dénomination / Nom et Prénom: .....

Code Baloise de l'Intermédiaire: B / ..... Pays d'établissement: .....

### Le présent Rapport est destiné à compléter le bulletin de souscription

n°: ..... du ..... / ..... / .....

Montant de la prime: .....  EUR  USD  GBP  PLN (Zloty)  CHF

### → Versements complémentaires envisagés (facultatif):

Versement programmé (merci de compléter et joindre le formulaire de demande de versements complémentaires programmés)

Versement(s) libre(s)

Montant prévu: .....  EUR  USD  GBP  PLN (Zloty)  CHF

→ Veuillez compléter le présent rapport en tenant compte de ces versements, plus particulièrement à la rubrique *Origine de la prime*.

## A Identification des parties du contrat

### Identification du Preneur

Complétez le point 1 si le Preneur est une personne physique et le point 2 s'il est une personne morale.

#### 1. Personne physique

→ Veuillez joindre une copie de la carte d'identité ou un passeport en cours de validité de chaque Preneur.

##### Preneur 1

• **Identité:** Nom: ..... Prénom: .....

Nom de jeune Fille: .....

• **Retraité:**  Oui  Non

##### • **Activité professionnelle (ou anciennement exercée si retraité)**

Profession libérale / indépendant / commerçant > Description de la profession: .....  
Exercice de cette profession en personne  physique  morale

Fonctionnaire  Cadre  Employé  Ouvrier > Nom de l'employeur: .....

Dirigeant d'entreprise(s) > Nom de la / des Société(s): .....

> Secteur d'activité: .....

> Chiffre d'affaires global: .....

> Nombre de salariés: .....

Sans profession > Profession du conjoint: .....

Autres > Précisez: .....

Depuis combien d'années exercez-vous (ou avez-vous exercé, si vous êtes retraité) votre activité professionnelle: ..... ans

**Preneur 2**

• **Identité:** Nom: ..... Prénom: .....  
 Nom de jeune Fille: .....

• **Retraité:**  Oui  Non

• **Activité professionnelle (ou anciennement exercée si retraité)**

Profession libérale / indépendant / commerçant > Description de la profession: .....  
 Exercice de cette profession en personne  physique  morale

Fonctionnaire  Cadre  Employé  Ouvrier > Nom de l'employeur: .....

Dirigeant d'entreprise(s) > Nom de la / des Société(s): .....  
 .....  
 .....  
 > Secteur d'activité: .....  
 > Chiffre d'affaires global: .....  
 > Nombre de salariés: .....

Sans profession > Profession du conjoint: .....

Autres > Précisez: .....

Depuis combien d'années exercez-vous (ou avez-vous exercé, si vous êtes retraité) votre activité professionnelle: ..... ans

## 2. Personne morale

→ Veuillez joindre une copie à jour des statuts en ce compris les pouvoirs de signature, un extrait du registre de commerce de moins de 3 mois, une copie des cartes d'identité des personnes pouvant représenter la société et une copie de la décision de souscrire le contrat d'assurance si ce pouvoir ne se trouve pas suivant les statuts entre les mains de la personne amenée à signer le contrat.

**Dénomination:** .....

- **Date de constitution:** ..... / ..... / .....
- **Objet de la société:** .....
- **Chiffre d'affaires de l'année écoulée en euros:** ..... EUR
- **Nombre de personnes occupées dans l'entreprise:** .....

### Représentée par (identité des dirigeants):

- **Nom** ..... Nom de Jeune Fille: .....
- Prénom: ..... Date de naissance: .....
- **Nom** ..... Nom de Jeune Fille: .....
- Prénom: ..... Date de naissance: .....

### Identification des Assurés (si différents du Preneur)

→ Veuillez joindre une carte d'identité ou un passeport en cours de validité de chaque Assuré.

Lien de parenté ou autre entre le Preneur et l'Assuré: .....

Si aucun lien de parenté > Précisez la raison: .....

### Identification des Bénéficiaires du contrat (si différents du Preneur)

→ Veuillez joindre une carte d'identité ou un passeport en cours de validité de chaque Bénéficiaire acceptant.

Lien de parenté ou autre entre le Preneur et les Bénéficiaires nommément désignés: .....

Si aucun lien de parenté > Précisez la raison: .....

## B Evaluation de la situation patrimoniale du Preneur

→ Veuillez tenir compte de la situation patrimoniale de l'ensemble des Preneurs lorsque ceux-ci sont conjoints.

→ Si le Preneur est une personne morale, veuillez joindre les derniers bilans de la société.

### Revenus annuels nets:

< 60.000 EUR     de 60.000 à 100.000 EUR     de 100.000 à 150.000 EUR     > à 150.000 EUR

#### Source des revenus

- Revenus professionnels: ..... % du revenu annuel
- Revenus des épargnes: ..... % du revenu annuel
- Autres revenus > Précisez: ..... : ..... % du revenu annuel

### Evaluation du patrimoine global (mobilier et immobilier):

Valeur totale du patrimoine: .....

#### Composition du patrimoine global:

- Liquidités / Valeurs mobilières: ..... % du patrimoine global
- Immobilier: ..... % du patrimoine global
- Autres valeurs > Précisez: ..... : ..... % du patrimoine global

Décrire l'origine économique du patrimoine (héritage et nom de défunt, activité ...): .....

.....  
 .....

## C Origine de la Prime

### 1. Composition de la prime

La Prime consiste-elle partiellement ou totalement en un transfert d'actifs (titres):     Oui     Non

→ Si oui, veuillez joindre une copie du relevé de portefeuille de titres à transférer, sur lequel seront mentionnés

> 1/ l'identité du titulaire de ce portefeuille > 2/ le numéro de compte sur lequel ces actifs sont déposés.

### 2. Modalités de paiement

Transfert Bancaire     Chèque

- Pays\* de la Banque: .....
- Nom de la Banque: .....

→ \* Si le pays dans lequel la Banque où est ouvert le compte bancaire est situé hors de l'Union Européenne, merci de transmettre tout document démontrant que le compte à partir duquel la prime est payée, est connu des autorités fiscales du pays de résidence du payeur et que les fonds y logés ont été correctement imposés.

#### • S'agit-il du compte:

- personnel du Preneur
- conjoint du Preneur
- d'une autre Compagnie d'assurance

Nom et pays de la Compagnie: .....

→ Veuillez joindre un justificatif (relevé de l'opération de rachat mentionnant l'identité du Preneur).

- d'un Notaire ou Avocat

→ Merci de 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 dans le cadre d'une opération déterminée.

- autre > Précisez: .....

**Si la prime n'est pas payée par le Preneur**, indiquer ci-après les liens qui unissent le Preneur et la personne qui règle la prime, les raisons pour lesquelles la prime est réglée par cette personne et non par le Preneur:

→ S'il s'agit d'une personne physique, veuillez également joindre une copie de la carte d'identité en cours de validité de la personne qui verse la prime.

→ S'il s'agit d'une personne morale, veuillez également joindre une copie des statuts de la société et un extrait original du registre du commerce de moins de 3 mois

.....  
 .....

### 3. Origine économique des fonds

→ Veuillez joindre une copie d'une pièce probante (Suivant l'origine: acte de vente, déclaration de succession, acte ou lettre de donation, rachat du contrat d'assurance, décision de justice, derniers bilans de la société, ...)

#### • La prime est payée grâce à des actifs issus

de l'épargne > Origine de l'épargne (professionnelle, familiale, etc.): .....  
 > Forme de l'épargne (livret, dépôt à terme, portefeuille actions ...): .....

d'une donation > Nom du donateur : .....  
 (compléter un Rapport de connaissance client pour le donateur)  
 > Date de l'opération: ..... / ..... / .....  
 > Nature de l'opération (don manuel, indirect, notarié): .....  
 > Liens de parenté entre le donateur et le(s) Preneur(s): .....

d'un héritage > Nom du défunt (défunte): .....  
 > Date du décès: ..... / ..... / .....  
 > Nature de l'héritage (dévolution légale, testament): .....  
 > Liens de parenté entre le(s) défunts(s) et le(s)/Preneurs(s): .....

de la réalisation d'actifs > Date de l'opération: ..... / ..... / .....  
 > Nature de l'opération (vente d'immeubles, de parts de société, ...): .....

autres: > .....  
 > .....

### 4. Buts de l'opération

#### • Quel est l'objectif poursuivi quant à la souscription de ce contrat ?

faire fructifier le capital  
 épargner pour ma pension  
 compléter les revenus professionnels / de retraite  
 planification successorale  
 garantir une obligation auprès d'un organisme prêteur. Veuillez indiquer les coordonnées de l'organisme prêteur, ainsi que le montant et la durée de l'emprunt contracté:  
 .....  
 .....

autres, à préciser: .....  
 .....

## D Bénéficiaires effectifs

Le Bénéficiaire effectif est toute personne physique qui possède ou contrôle directement ou indirectement un pourcentage suffisant d'actions ou de droits de vote dans l'entité juridique qui est le Preneur ou toute personne physique qui exerce autrement le pouvoir de contrôle sur la direction du Preneur et/ou du Contrat.

### Le Preneur est-il le Bénéficiaire effectif du contrat ?

Oui  Non > Veuillez mentionner ci-dessous les coordonnées des Bénéficiaires effectifs

→ Joindre une copie des cartes d'identité ou du passeport des personnes physiques qui sont les Bénéficiaires effectifs et remettre pour chacun d'eux un rapport de connaissance client distinct dûment complété.

#### • Bénéficiaire effectif 1

Nom: ..... Nom de Jeune Fille: .....  
 Prénom: ..... Date de naissance: .....  
 Lien avec le Preneur: .....  
 Pourcentage d'actions ou droits de vote détenus dans la société souscriptrice : ..... %

#### • Bénéficiaire effectif 2

Nom: ..... Nom de Jeune Fille: .....  
 Prénom: ..... Date de naissance: .....  
 Lien avec le Preneur: .....  
 Pourcentage d'actions ou droits de vote détenus dans la société souscriptrice : ..... %

#### • Bénéficiaire effectif 3

Nom: ..... Nom de Jeune Fille: .....  
 Prénom: ..... Date de naissance: .....  
 Lien avec le Preneur: .....  
 Pourcentage d'actions ou droits de vote détenus dans la société souscriptrice : ..... %

#### • Bénéficiaire effectif 4

Nom: ..... Nom de Jeune Fille: .....  
 Prénom: ..... Date de naissance: .....  
 Lien avec le Preneur: .....  
 Pourcentage d'actions ou droits de vote détenus dans la société souscriptrice : ..... %

## E Mandats politiques ou publics

**Les Preneurs, les Assurés, les Bénéficiaires nommément désignés ou les Bénéficiaires effectifs, leurs parents, leurs conjoints, leurs partenaires, leurs enfants, les conjoints ou partenaires de leurs enfants, exercent-ils ou ont-ils exercé, jusqu'il y a moins de 18 mois, une des fonctions suivantes au niveau national, communautaire ou international ?**

→ Responsable d'un Parti politique, Chef d'Etat, Chef de gouvernement, Ministre, Ministre délégué, Secrétaire d'état, Parlementaire, membre de Cour suprême, de Cour constitutionnelle ou d'autres juridictions dont les décisions ne sont pas susceptibles de recours, membre de la Cour des Comptes ou des conseils ou directoires de Banques centrales, Ambassadeur, Chargé d'affaires, Officier supérieur des forces armées, membre des organes d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique.

Non  Oui > Veuillez préciser ci-après:

Nom: ..... Nom de Jeune Fille: .....  
 Prénom: ..... Date de naissance: .....  
 Nationalité: ..... Lien avec le Preneur: .....  
 Type de mandat: ..... Pays concerné: .....

## Partie réservée à la personne ayant recueilli les renseignements

→ Ce document doit être complété dans tous les cas de souscription, indépendamment des montants, par l'Intermédiaire ou, à défaut, par un représentant de la Compagnie. Il devra être rempli de façon aussi précise que possible.

Nom du rédacteur: ..... Prénom: .....

- Depuis combien de temps connaissez-vous le Preneur ? .....
- Comment êtes-vous entré en relation avec lui ? .....
- Le Preneur a-t-il déjà souscrit des contrats d'assurance par votre intermédiaire ?  Oui  Non
- Si l'entretien a été effectué avec une personne différente du Preneur, veuillez préciser pour cette personne:
  - › Nom: ..... Prénom: .....
  - › Date de naissance: ..... / ..... / ..... Profession / activité: ..... Nationalité: .....
  - › Adresse: .....
  - › Raison de l'intervention de cette personne (représentant légal / autorisé, ...): .....
- Avez-vous des renseignements complémentaires à donner (si oui, explicitez) ? .....

### Le soussigné déclare:

- avoir rencontré personnellement le Preneur et la personne à assurer. Le soussigné certifie avoir identifié le Preneur et la personne à assurer et vérifié son identité;
- avoir vérifié l'authenticité des documents d'identité dont il transmet copie à la Compagnie et déclare que les copies transmises sont conformes aux originaux qu'il a pu examiner;
- attester que la Proposition d'assurance et le Rapport de connaissance client ont bien été complétés en présence du Preneur et de la personne à assurer et que les signatures apposées sur la Proposition d'assurance et sur le Rapport de connaissance client sont bien celles du Preneur et de la personne à assurer;
- pour autant qu'une obligation légale s'impose en la matière, l'Intermédiaire confirme avoir vérifié que le contrat souscrit était adéquat et /ou approprié par rapport au profil d'investisseur et à ses attentes, qu'il a défini en présence du Preneur;
- avoir remis au Preneur, conformément au Règlement européen (UE) n° 1286/2014, les documents suivants préalablement à la conclusion de la proposition d'assurance:

- Le document d'information Clé ou «KID Générique» relatif au contrat souscrit, sous la version ..... (veuillez préciser le numéro de la version utilisée);
- Le document d'Information Spécifique pour les Fonds Internes (Fonds Internes Collectifs, Fonds Internes Dédiés) sous la version:
  - ..... (veuillez préciser le code de la version utilisée);
  - ..... (veuillez préciser le code de la version utilisée);
  - ..... (veuillez préciser le code de la version utilisée);
  - ..... (veuillez préciser le code de la version utilisée).
- Le document d'Information Spécifique pour les Fonds Externes.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du rédacteur

[www.baloise-international.lu](http://www.baloise-international.lu)

| Baloise Vie Luxembourg S.A. | 23, rue du Puits Romain | L-8070 Bertrange |  
| Tél. +352 290 190-1 | Fax: +352 290 190 462 | [www.baloise-international.lu](http://www.baloise-international.lu) |