

1/2

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé du clientèle

Mme Cisse Aissate

Agence

Yopougon

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 013785270001 (Prêt à fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

BAT

Prénoms

ALIDA

Date de Naissance

20-12-1983

Lieu de Naissance

BAGO

Situation matrimoniale

Célibataire ☒

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veu(x) ☐

Adresse postale

Téléphone

0506625922

Profession

ENSEIGNANTE

Employeur

Institut Foré

2. BENEFICIAIRES (Si vivants au moment de la prestation)

En cas de vie

☒ L'Assuré

☐ Autres, préciser svp

En cas de décès

☐ Mon conjoint non divorcé ni séparé de corps

☒ Mes enfants nés ou à naître

☐ Autres, préciser ci-dessous svp:

Nom & Prénoms:

Date de naissance:

Contact Tél:

Adresse:

II GARANTIES SOUSCRITES

1. Date d'effet du contrat

10/03/26 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

5000 FCFA

4. Périodicité de cotisation: ☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

5. Option Garantie décès: ☐ Oui ☒ Non (La prime décès de FCFA 3.000 est payable annuellement)

NB: Il est requis à la souscription des frais d'adhésion d'un montant de 4.000 FCFA payable au premier prélèvement.

Le contrat est valide sous réserve de l'acceptation du risque par NSIA Vie Assurances et paiement de la première cotisation

Fait à

ABIDJAN

le

09/02/26

L'Adhérent

[Signature]



Réservé à NSIA Vie ASSURANCES (Visa et cachet)





Document à conserver précieusement

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Mme Cisse Awa

Agence

Yopougon

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 013785270001 (Prêt à fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

BAN

Prénoms

ALIDA

Date de Naissance

20/12/1983

Lieu de Naissance

BAGO

Situation matrimoniale

Célibataire ☒

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf(ve) ☐

Adresse postale

Téléphone

0506625322

Profession

ENSEIGNANTE

Employeur

Institut FORBEL

2. BENEFICIAIRES (Si vivants au moment de la prestation)

En cas de vie

☒ L'Assuré

☐ Autres, préciser svp

En cas de décès

☐ Mon conjoint non divorcé ni séparé de corps

☒ Mes enfants nés ou à naître

☐ Autres, préciser ci-dessous svp:

Nom & Prénoms:

Date de naissance:

Contact Tél:

Adresse:

II GARANTIES SOUSCRITES

1. Date d'effet du contrat

10/03/24 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

10 ans

3. Montant de la cotisation

5000 FCFA

4. Périodicité de cotisation: ☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

5. Option Garantie décès: ☐ Oui ☒ Non (La prime décès de FCFA 3.000 est payable annuellement)

NB: Il est requis à la souscription des frais d'adhésion d'un montant de 4.000 FCFA payable au premier prélèvement.

Le contrat est valide sous réserve de l'acceptation du risque par NSIA Vie Assurances et paiement de la première cotisation

Fait à

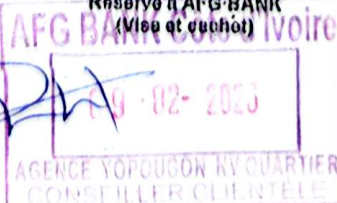
Abidjan

le

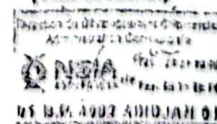
09/02/24

L'Adhérent

Réserve à AFG-BANK
(Visa et cachet)



Réserve à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***BAH ALIDA**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	013785270001	42	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600120101378527000142			

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***BAH ALIDA**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	013785270001	42	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600120101378527000142			

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***BAH ALIDA**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	013785270001	42	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600120101378527000142			