



BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION BP CAPITAL BONUS



RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Koua Dje David

Agence

Kohira

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 801595924001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

KOFFO

Prénoms

Kouassi Bertin

Date de Naissance

05/01/1976

Lieu de Naissance

DIEVEU

Situation matrimoniale

Célibataire ☒Marié(e) ☐Divorcé(e) ☐Veuf(ve) ☐

Adresse postale

Téléphone

0789794134

Profession

R. Commercial

Employeur

TSW

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

03/2025 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

2500 FCFA

4. Périodicité de cotisation : ☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle5. 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

16/02/2026

L'Adhérent

SIGNATURE
CONFORMERéservé à AFG BANK
(Visa et cachet)

Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Koua Dje David

Agence

Kahira

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 801595924001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

KOFFO

Prénoms

Kouassi Bertin

Date de Naissance

05/01/1976

Lieu de Naissance

DIABEVI

Situation matrimoniale

Célibataire ☒

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf(ve) ☐

Adresse postale

Téléphone

0789794134

Profession

R. Commercial

Employeur

TSW

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

03/2025 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

2500 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

16/02/2026

L'Adhérent

SIGNATURE
CONFORME

Réserve à AFG BANK
(Visa et cachet)

Réserve à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KOFFI KOUASSI BERTIN

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE MARCORY
MARCHE
CODE BANQUE CODE AGENCE NUMÉRO COMPTE CLÉ RIB DEVISE
CI260 01227 801595924001 45 XOF
BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600122780159592400145



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KOFFI KOUASSI BERTIN

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE MARCORY
MARCHE
CODE BANQUE CODE AGENCE NUMÉRO COMPTE CLÉ RIB DEVISE
CI260 01227 801595924001 45 XOF
BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600122780159592400145



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KOFFI KOUASSI BERTIN

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE MARCORY
MARCHE
CODE BANQUE CODE AGENCE NUMÉRO COMPTE CLÉ RIB DEVISE
CI260 01227 801595924001 45 XOF
BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600122780159592400145

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ

n° CI006627924

Prenom(s)

KOUASSI BERTIN

Nom

KOFFI

Date de Naissance

05/01/1976

Sexe

M

Taille

1,68

Nationalité

IVOIRIENNE

Lieu de Naissance

BOLIS/P (CIV)

Signature du titulaire

Date d'expiration

19/03/2034

086214

CONFORME
A L'ORIGINAL

11764874427

CONSEILLER(E) EN SANTE

19/03/2024

L'Autorité

[illegible]

an-Gérard KODIA

IDCIVCI0066279<242<<<<<<<<<<<<
7601059M3403196CIV117648744275
KOFFI<<KOOUASSI<BERTIN<<<<<<<<

**CONFORME
AL'ORIGINAL**