

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

M^{me} AKA Dorcelle BOA Agence Grand-Bereby

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 009544460001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

Kanga

Prénoms

Koua Kou Jean Mathieu

Date de Naissance 01/01/1966

Lieu de Naissance

Grand-Bereby

Situation matrimoniale

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

Adresse postale

Grand-Bereby

Téléphone

01.72.89.07.80

Profession

planteur

Employeur

indépendant

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

27/02/26 (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

GBereby, le 26 / 02 / 2026

L'Adhérent

Kanga

Réservé à AFG BANK
(Visa et cachet)

Bereby

Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

2/4

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Mme Bea Dorette AKA

Agence

Grand-Bereby

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 007544460001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

Kanga

Prénoms

Kouakou Jean Mathieu

Date de Naissance 01/01/1986

Lieu de Naissance

Grand-Bereby

Situation matrimoniale

Célibataire ☐

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf(ve) ☐

Adresse postale

Téléphone

01 72 89 07 80

Profession

planteur

Employeur

indépendant

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

27 02 26 (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

GB

, le

26 02/2026

L'Adhérent

Kouakou

Réserve à AFG BANK
(Visa et cachet)

Bea Dorette

Réserve à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

Direction du Développement Commercial
Administration Commerciale
NSIA
ASSURANCES Vie
01 B.P. 4092 ABIDJAN 01

26 FEV. 2026

3/4

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

BOA Dorette AKA

Agence

G-Bereby

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 007544460001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom

Kanga

Prénoms

Koua Kou Jean Mathieu

Date de Naissance 10/10/1966

Lieu de Naissance

Grand-Bereby

Situation matrimoniale

Célibataire ☒

Marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf(ve) ☐

Adresse postale

Téléphone

01 72 89 07 80

Profession

planteur

Employeur

indépendant

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

27/02/26 (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

G-Bereby

, le

26/02/26

L'Adhérent

Koua

Réservé à AFG BANK
(Visa et cachet)

BOA

26 FEB. 2026

Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

Direction du Développement Commercial
Administration Commerciale
NSIA
ASSURANCES Vie
01 B.P. 4092 ABIDJAN 01

4/4

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Mme BOA Aurore AKA Agence G-Bereby

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 007544460001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom Kanga

Prénoms Kouakou Jean Mathias

Date de Naissance 01/07/1966 Lieu de Naissance Grand-Bereby

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

Adresse postale Téléphone 0172 89 07 80

Profession planteur Employeur indépendant

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

27/02/26 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

3500 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 G-Bereby, le 26/02/26

L'Adhérent

Kouakou

Réserve à AFG BANK
(Visa et cachet)

Boa

Réserve à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

Direction du Développement Commercial
Administration Commerciale
NSIA
ASSURANCES Vie
01 B.P. 4092 ABIDJAN 01

26 FEV. 2026

Agence

Grand Béréby

Le contrat sera invalidé si vous manquez de divulguer tout fait qui pourrait influencer notre appréciation et l'acceptation de votre proposition. En cas de doute quant à savoir si certains faits sont matériels ou pertinents, ou s'il y a des changements apportés aux informations données avant le début du contrat, vous devez nous les communiquer par écrit.

Code Agent:

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : *Kanga* Prénoms : *Kouakou Jean Mathieu*
Date de Naissance : *01/01/1966* Lieu de Naissance : *Grand-Béréby* N° de la pièce : *1000297283*
Mobile : *0172 89 07 80* Adresse email : _____
No de Compte : *00454460001*
J'autorise ma banque à prélever sur mon compte, inscrit ci-dessus, la cotisation de mon assurance souscrite auprès de **LEADWAY VIE**
La somme à prélever est de : *122 900* FCFA/mois (sur 12 mois)
Date de début des prélèvements : *27/02/2026* Date de fin des prélèvements : _____
Je consens ☒

2. DÉTAILS SUR LES COUVERTURES

Capital Assuré : *3 000 000* FCFA Durée de la couverture : **5 ans** Date de la demande : _____
(Le même capital pour les couvertures Décès, Maladie Grave et Invalidité Totale et Définitive)
Mode de paiement : ☒ Prélèvement unique Prime : *122 900* FCFA
☐ Prélèvement Échelonné (12 mois maximum) Prime : _____ FCFA/mois (sur 12 mois)

3. BÉNÉFICIAIRE(S) ET TUTEUR LÉGAL (Pour les bénéficiaires mineurs)

Nom de bénéficiaires	Liens	No de Téléphone	Part (%)
<i>Kanga Kouakou Jean Mathieu</i>	<i>Mari</i>	<i>0172 89 07 80</i>	
<i>Kanga Aïssou Cécile</i>	<i>épouse</i>	<i>0142 90 35 42</i>	

Tuteur Légal : _____
Lien : _____ Mobile : _____ Email : _____

4. QUESTIONNAIRE MÉDICAL

- (a) Veuillez répondre aux questions ci-dessous : (Veuillez préciser en cas de réponse affirmative)
- Epilepsie; Démence; Maux de tête récurrents; Diabète; Hypertension; Hypotension; AVC; Toute autre maladie cardiaque; Pneumonie; Tuberculose; Toux persistante; Asthme ou tout autre maladie respiratoire; Hémophilie; Anémie; Hépatite B; Fièvre glandulaire; Jaunisse; Arthrite; Maux de dos récurrents; Cancer/ Tumeur sur les parties ou organes du corps; VIH Sida; MST; Rétinite pigmentaire; Porphyrie; Toute affection récurrente.
- Est-ce que vous ou l'un de vos proches avez été hospitalisé pendant 1 jour ou plus au cours des 4 dernières années pour l'une des maladies citées ci-dessus ?
Si oui, donnez les détails ci-dessous
- Est-ce que vous ou l'un de vos parents avez consulté un médecin relatif à l'une des maladies citées ci-dessus au cours des 4 dernières années ?
Si oui, donnez les détails ci-dessous
- Est-ce que vous ou l'un de vos parents, mari ou femme, frères, sœurs, avez souffert ou souffrez ou est mort de ce qui précède ? Si oui, donnez les détails ci-dessous
- (b) Une assurance sur votre vie a-t-elle déjà été refusée, reportée ou acceptée sous certaines conditions ? Oui ☐ Non ☒
- (c) Si oui dans l'une des questions ci-dessus, donnez des détails et cochez la case en face de la maladie.
- (d) Veuillez indiquer votre consommation quotidienne de ce qui suit : ☐ Alcool ☐ Bouteilles ☐ Cigarettes ☐ Bâtonnets

VEUILLEZ LIRE AVANT DE SIGNER

« Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du souscripteur sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance. Il est important que le souscripteur lise intégralement la proposition d'assurance, et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat. »

1- Ce contrat est un contrat d'assurance vie individuel : TEMPORAIRE DÉCÈS

2- Garanties

En cas de décès, le capital assuré, indiqué aux Conditions Particulières, est payé sous réserve des termes et conditions de la police. Le paiement de la prestation met fin à la police.

En cas de Maladie Grave, Capital assuré, indiqué aux conditions particulières, est payé sous réserve des termes et conditions du contrat.

En cas d'Invalidité Totale et Définitive, Capital assuré, indiqué aux conditions particulières, est payé sous réserve des termes et conditions du contrat.

3- En cas de décès, l'assureur dispose d'un délai de 30 jours après la remise des pièces justificatives pour effectuer les prestations, 60 jours en cas de maladie grave et 90 jours en cas d'Invalidité Totale et Définitive.

4- Conformément aux articles 81 et suivants du code CIMA, l'assureur s'engage à distribuer aux contrats au moins 85% des bénéfices financiers et 90% des bénéfices techniques au titre de la participation aux bénéfices.

5- Ce contrat n'admet pas de valeur de rachat.

6- Le contrat prévoit les chargements et indemnités suivants :

- Chargement d'acquisition sur prime : 35,4%
- Frais de gestion annuelle : 4 000 FCFA

Je consens ☒

Je déclare que selon mes connaissances et mon intime conviction, les informations ci-dessus sont exactes et complètes et seront la base du contrat établi à ce sujet.

Je confirme que je suis en bonne santé et donne mon consentement à Leadway Vie pour obtenir des renseignements médicaux de tout médecin qui, à tout moment m'a apporté des soins

pour tout ce qui affecte ma santé physique ou mentale et je renonce à toutes les dispositions de la loi interdisant la divulgation de ces connaissances ou informations.

Je consens à l'autorité de cette déclaration avant et après ma mort.

Je consens ☒

Signature

Kouakou

Date.

24 02 2026

Cachet Agence



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KANGA KOUAKOU JEAN MATHIEU

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE GRAND-BEREBY		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	07203	007544460001	25	XOF
BIC:	AFGICIB			
IBAN:	CI93CI2600720300754446000125			

26 FEV. 2026



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KANGA KOUAKOU JEAN MATHIEU

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE GRAND-BEREBY		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	07203	007544460001	25	XOF
BIC:	AFGICIB			
IBAN:	CI93CI2600720300754446000125			

26 FEV. 2026

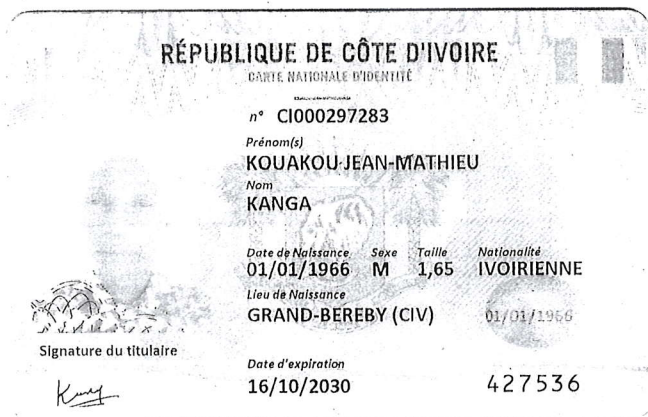


RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
KANGA KOUAKOU JEAN MATHIEU

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE GRAND-BEREBY		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	07203	007544460001	25	XOF
BIC:	AFGICIB			
IBAN:	CI93CI2600720300754446000125			

26 FEV. 2026



Bohedy

26 FEB. 2026