

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Agence

NEAGUI

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 881556877001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)Mme ☐
Mlle ☐
M. ☒

Nom

KABORE

Prénoms

LAURENT

Date de Naissance

10/08/1991

Lieu de Naissance

PIRIN

Situation matrimoniale

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

Adresse postale

Téléphone

05-44-46-41-86

Profession

COMPTABLE

Employeur

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

02/2016 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

5000 FCFA4. 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

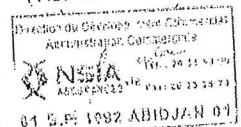
Fait à

NEAGUI

le

29 / 01 / 2026

L'Adhérent

SIGNATURE
CONFORMERéservé à AFG BANK
(Visa et cachet)Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

06 FEB. 2026

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Agence

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

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

Mme ☐ NomMlle ☐M. ☒

Prénoms

Date de Naissance

Lieu de Naissance

Situation matrimoniale

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

Adresse postale

Téléphone

Profession

Employeur

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

[] (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

[] ans

3. Montant de la cotisation

[] 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

le

MEAGUI

05 / 02 / 2026

L'Adhérent

Réservé à AFG BANK
(Visa et cachet)Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)SIGNATURE
CONFORME

06 FEV. 2026

Direction du Contrôle des Entreprises
Autorité de Régulation des Activités
NSIA Vie
01 B.P. 1092 ABIDJAN 01

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle Brou DARIUS BLADEYEA Agence MEAGUI

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 801556877001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)Mme ☐ Nom KABORE Prénoms LAURENT
Mlle ☐
M. ☒Date de Naissance 10/08/1991 Lieu de Naissance PIBINSituation matrimoniale Célibataire ☒ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐Adresse postale _____ Téléphone 05 44 46 41 86Profession COMMERÇANT Employeur _____

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

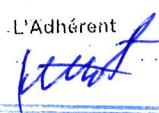
1. Date d'effet du contrat 02/26 (mois et l'année)2. Durée de cotisation 05 ans3. Montant de la cotisation 5000 FCFA4. Périodicité de cotisation : ☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle5. Option Garantie décès : ☐ Oui ☒ Non (La prime décès de FCFA 3.000 est payable annuellement)

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

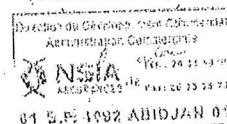
Le contrat est valide sous réserve de l'acceptation du risque par NSIA Vie Assurances et paiement de la première cotisation

Fait à MEAGUI, le 22 / 01 / 2026

L'Adhérent



SIGNATURE
CONFORME
Réservé à AFG BANK
(Visa et cachet)


06 FEB. 2026
MEAGUI
CLIENTELE
Réservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)


01 B.P. 1092 ABIDJAN 01

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle BROU DARIUS BLADEYEH Agence LEAGUI

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

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

Mme ☐ Nom KABORE Prénoms LAUREN
Mlle ☐
M. ☐

Date de Naissance 10081991 Lieu de Naissance PISIN

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

Adresse postale _____ Téléphone 05 44 46 47 86

Profession COMMERÇANT Employeur _____

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 : 02/06 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation 5 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 NEAGUE, le 29 / 01 / 2026

L'Adhérent

Réserve à AFG BANK.
(Visa et cachet)

Réserve à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)

**SIGNATURE
CONFORME**

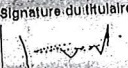
Reserve a AFG BANK
(Visa et cachet)

DEPARTMENT OF DEFENSE - OFFICE OF THE SECRETARY
 ADDRESS: 1115 PENTAGON AVE
 WASHINGTON, D.C. 20304-6100
 TEL: 202 344 3400
 FAX: 202 344 3400
 81 E.E. 4082 ABIDJAN 01

BURKINA FASO
CARTE CONSULAIRE

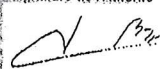


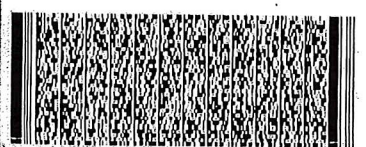


Nom: **KABORE**
Prénoms: **LAURENT**
Sexe: **M**
Date de naissance: **10/08/1991**
Profession: **PLANTIEUR**
Etablissement: **16/02/2025**
Lieu de délivrance: **SOUBRE**
Lieu de naissance: **RIBIN**
Immatriculation N°: **BF384003001008020768**
Valable jusqu'au: **16/02/2030**
Signature du titulaire: 



Lieu de naissance: **POGOREAGUI**
Age au 01/01/2000: **07/31/8828**
Sexe: **KABORE KIBIRI**
Mère: **YAM-OGORELEGA**
Recommandation (en cas de besoin): **KABORE BERNARD**
0777017464

Taille: **170**
Groupe sanguin:
Né le: **01/01/1900**
Née le: **01/01/1900**
Signature de l'Autorité: 



Recommandations:
La présente carte d'identité est
résidente en Côte d'Ivoire tient
Jeu de carte d'identité Burkinabé
Numéro de série: **100000002346748**



