

Agence **PORT-BOUET**

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: **11578**

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : **ABLEGUE** Prénoms : **ARTHUR JOEL**
Date de Naissance : **31/07/1978** Lieu de Naissance : **BONOUA** N° de la pièce : **C1021026409**
Mobile : **0707295528** Adresse email : _____
No de Compte : **C1260 / 01207 / 01322345000 / 43**

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 : _____ FCFA/mois (sur 12 mois)

Date de début des prélèvements : ____/____/____ Date de fin des prélèvements : ____/____/____

Je consens ☐

2. DÉTAILS SUR LES COUVERTURES

Capital Assuré : **10 000 000** FCFA Durée de la couverture : **5 ans** Date de la demande : **27/02/2026**
(Le même capital pour les couvertures Décès, Maladie Grave et Invalidité Totale et Définitive)

Mode de paiement : ☒ Prélèvement unique Prime : **274 900** FCFA
☐ Prélèvement Échelonné (12 mois maximum) Prime : _____ FCFA/mois (sur 12 mois)

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

Nom de bénéficiaires	Liens	No de Téléphone	Part (%)
ABLEGUE KOKO MARIA	sœur	0707467517	100%

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 DECES

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 **J. A. A.**

Date **27/02/2026**

Cachet Agence



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
ABLEGUE ARTHUR JOEL

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE PORT-BOUET

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01207	013223450001	43	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120701322345000143

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
ABLEGUE ARTHUR JOEL

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE PORT-BOUET

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01207	013223450001	43	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120701322345000143

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte
ABLEGUE ARTHUR JOEL

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE PORT-BOUET

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01207	013223450001	43	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120701322345000143





CONFORME
A L'ORIGINAL

