

Cadre réservé à BANQUE POPULAIRE

Contrat n°

Nom du commercial : **NARI AFFOUE PRISCA**

Agence : **PORT-BOUET**

Code Agence : **01207**

Adhésion : ☒

Modification : ☐

Contrat d'assurance retraite souscrit auprès de Allianz Côte d'Ivoire Assurances Vie

Adhérent

Nom : **MIAN**

Prénom(s) : **KIMOU RICHARD**

Employeur : **IVOSEP**

Numéro du compte : **01207 014054710001**

Assuré

Nom : **MIAN**

Prénom(s) : **KIMOU RICHARD**

Nom de jeune fille :

Code sexe (M ou F) : **M**

Date de naissance : **28/12/1995**

Lieu de naissance : **ANDE**

Adresse postale :

Localité : **BONGOUANOU**

Profession : **CHAUFFEUR**

Nationalité : **IVORIENNE** N° CNI : **CI004091290**

Tél. : **0799426161**

E-mail : **mianrichard89@gmail.com**

Caractéristiques de la prime

Montant : **14.000 FRANCS CFA**

Périodicité : Mensuel : ☒ Trimestrielle : ☐ Semestrielle : ☐ Annuelle : ☐

Bénéficiaires en cas de Décès

En cas de décès, je désigne comme bénéficiaires du contrat "Viva Retraite" :

☐ Les personnes désignées ci-après, ☒ ou à défaut les ayants droit prévu par la loi.

	Nom - Prénom(s)	Date de naissance	Téléphone
1	MIAN YAH ROSE BONHEUR	26/11/2012	0748057325
2	MIAN ADJOUA ANGE MERVEILLE	14/12/2021	0748057325
3	MIAN ROUANE CLAIRUS EZEHEL	12/08/2024	0748057325
4	MIAN ANGOUA STALONE ARIEL	15/11/2024	0704494731

Informations générales

Après avoir pris connaissance des conditions générales et particulières du contrat "Viva Retraite", je déclare par la présente adhérer à ce contrat suivant les caractéristiques indiquées ci-dessus, et avoir reçu un exemplaire du présent bulletin d'adhésion.

J'autorise La Banque Populaire à prélever sur mon compte :

* les frais d'adhésion de 5 000 F CFA

* les montants des cotisations périodiques tel que convenu ci-dessus.

Fait à **Abidjan** le **23-02-2026**

Visa

Allianz Côte d'Ivoire Assurances Vie

Signature et cachet

Banque Populaire

Signature

de l'Adhérent

Signature de l'Assuré précédée

de la mention "lu et approuvé"

Allianz Côte d'Ivoire Assurances Vie

R.C. 8607806 L - N° 1985-B-97 509

Siège Social : 2, Bd Roume

01 BP 1741 Abidjan 01

Tél : (225) 27 20 30 40 70

Fax : (225) 27 20 30 40 71

www.allianz.ci

facebook.com/AllianzAssuranceCI

CONDITIONS PARTICULIERES

Déclaration de Bonne Santé (A remplir par l'Assuré principal)

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà été atteint de cancer ?
2. Souffrez-vous ou avez-vous déjà été atteint de maladies du cœur (hypertension artérielle, AVC, crise cardiaque, artérite) ?
3. Souffrez-vous ou avez-vous été atteint des maladies suivantes : hépatite virale, ulcère, diabète ?
4. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert des maladies suivantes : tuberculose, Pneumonie, asthme, bronchite chronique, affection des poumons ?
5. Avez-vous été déclaré positif à un test de dépistage de sérologie VIH ?

OUI NON

☐☒☐☒☐☒☐☒☐☒

Je certifie exactes les réponses ci-dessus. Si mon état de santé ne me permet pas de signer cette Déclaration de Bonne Santé, je m'engage à remplir le questionnaire médical.

Je certifie en outre, l'exactitude et la sincérité de ces réponses et reconnais prendre acte que toute déclaration fausse ou réticente de ma part entraînera la nullité de l'assurance.

Si l'Assuré répond par l'affirmative aux deux premières questions, l'acceptation du risque est effectuée par Allianz Côte d'Ivoire Assurances Vie.

Fait à :Abidjan....., le23-02-2026.....

Signature de l'Assuré
précédée de la mention «lu et approuvé»

lu et approuvé



MR

