

RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle

Mme Ouathana

Agence

Datielle

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 801642397001

(Prière fournir un relevé d'identité bancaire)

Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐

Nom Aissani Euse KOUADIO

Prénoms CHA SENA PAIANE

Date de Naissance 07/02/1978

Lieu de Naissance

ALEPE

Situation matrimoniale

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

Adresse postale

Téléphone

07-07-67-34-39

Profession Conseiller client

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:

Benecchia KOFFI Mitchin CALEO

Date de naissance:

23/01/2014

Contact Tél:

07-07-67-34-39

Adresse:

II GARANTIES SOUSCRITES

1. Date d'effet du contrat

03/2026 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

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 03/03/2026

L'Adhérent

AFG BANK Côte d'Ivoire
Réservé à AFG BANK
(Visa et cachet)

04 MARS 2026

AGENCE LATRILLE
CONSEIL CLIENTÈLERéservé à NSIA Vie ASSURANCES
(Visa et cachet)



RESERVE A AFG BANK

Gestionnaire / Chargé de clientèle Hone OuattaraAgence Latrille

I PARTIES CONTRACTANTES

1. ADHERENT

N° de compte : 801642397001 (Prière fournir un relevé d'identité bancaire)Mme ☐
Mlle ☐
M. ☐Nom ATSAIN EPO KOUADIOPrénoms CHA SENAPHINEDate de Naissance 07/02/1978Lieu de Naissance Ahié

Situation matrimoniale

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

Adresse postale

Téléphone 07-07-67-34-39Profession Conseiller client

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: Konacko Koffi MIANKLIN YANNISDate de naissance: 29/05/2016Contact Tél: 07-07-67-34-39

Adresse :

II GARANTIES SOUSCRITES

1. Date d'effet du contrat

03/2026 (mois et l'année)

2. Durée de cotisation

05 ans

3. Montant de la cotisation

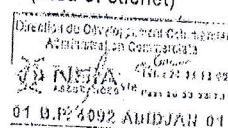
2500 FCFA4. Périodicité de cotisation : ☒ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle5. Option Garantie décès : ☐ Oui ☐ Non (La prime décès de FCFA 3.000 est payable annuellement)

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 Abidjan, le 03 / 03 / 2026

L'Adhérent

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

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***ATSAIN EPSE KOUADIO CHA SERAPHINE**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE BOULEVARD LATRILLE		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01231	801642397001	97	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600123180164239700197			

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***ATSAIN EPSE KOUADIO CHA SERAPHINE**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE BOULEVARD LATRILLE		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01231	801642397001	97	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600123180164239700197			

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***ATSAIN EPSE KOUADIO CHA SERAPHINE**

Domiciliation :	AFG Bank Côte-d'Ivoire	AFGB CI AGENCE BOULEVARD LATRILLE		
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01231	801642397001	97	XOF
BIC:	AFGICIAB			
IBAN:	CI93CI2600123180164239700197			

CARTES RADIOLOGIQUES D'IDENTITÉ

Prénom(s)

Nom.

ATSAIN

érouse KOUADIO

Date de Naissance Sex

07/02/1978 F

Lieu de Naissance

MEMNI (CIV)

Date d'expiration

16/03/2032

Taille
1,64

Nationalité
IVOIRIENNE

07/02/1978

712648

Signature du titulaire

Date d'expiration

16/03/2032

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

NNI: 21787915215

Profession: ASSISTANT(E) DE DIRECTION

Date d'émission: 16/03/2022 à: ABIDJAN

Signature de l'Autorité

Le Directeur général de l'Office National
de l'État Civil et de l'Identification

Ago Christian-Gérard KODIA

20034P597401

IDCIVCI0033715<502<<<<<<<<<
7802074F3203167CIV217879152150
ATSAIN<<CHA<SERAPHINE<<<<<<<