

Numéro du Bulletin Numéro de police Numéro du client

Nom AJE Prénoms BO TRA LANDY

Numéro de Compte 014067900001 Célibataire ☐ Marié(e) ☒ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Date de Naissance 03/02/1991 Lieu de Naissance ABIDJAN - ABIDJAN

Adresse postale MEAGU - BRUTEL Téléphone 07 10 07 78 31 / 01 03 05 59 51

Profession COMMERCEANT Employeur TRION PAE STORE

Type de prêt: Court terme (1 à 4 ans) ☒ Moyen terme (5 à 10 ans) ☐ Découvert ☐ Crédit Moyen Terme ☐ C.D.M.H. ☐ Autre Prêt Immobilier ☐

Montant du prêt 20 000.000 Durée du prêt 18 (en mois) Date de la 1ère échéance

Date de la dernière échéance Montant de la prime Taux Surprime

Encours de prêt actuel: 00 Date de dernière échéance:

En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat, est bénéficiaire du capital garanti, et ne saurait être remplacé(e) sans son avis écrit.

1. Taille 170 2. Poids 81 kg 3. Tension artérielle 12/7

4. Fumez-vous? ☐ Oui ☒ Non Si oui, combien de cigarettes par jour?

5. Buvez-vous de l'alcool? ☐ Pas du tout ☒ A l'occasion ☐ Régulièrement 6. Vos distractions Sport (Football)

7. Pratiquez-vous un sport? ☒ Oui ☐ Non Si oui, à quel titre? ☒ Amateur ☐ Professionnel

8. Êtes-vous atteint d'une infirmité? ☐ Oui ☒ Non Si oui, de quelle nature? Date de survenance

Nature	Répondre par Oui ou Non	Précisez	Date ou période de traitement	Lieu de traitement
Avez-vous été malade au cours des 6 derniers mois?	<u>Non</u>			
Êtes-vous souvent fatigué (e) ?	<u>Non</u>			
Avez-vous maigri les 6 derniers mois?	<u>Non</u>			
Avez-vous des ganglions, des furoncles, des abcès ou des maladies de la peau?	<u>Non</u>			
Toussez-vous depuis quelques temps avec en plus de la fièvre?	<u>Non</u>			
Avez-vous des plaies dans la bouche?	<u>Non</u>			
Faites-vous souvent la diarrhée?	<u>Non</u>			
Êtes-vous souvent ballonné (e)?	<u>Non</u>			
Avez-vous eu des Œdèmes de Membres Inférieurs (O.M.I.)?	<u>Non</u>			
Êtes-vous essoufflé (e) au moindre effort?	<u>Non</u>			
Avez-vous déjà reçu une perfusion ?	<u>Non</u>			
Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang?	<u>Non</u>			
Avez-vous déjà subi une opération?	<u>Non</u>			
Avez-vous des informations complémentaires sur votre état de santé susceptibles de renseigner l'Assureur?	<u>Non</u>			

Je soussigné, certifie avoir répondu avec sincérité, sans aucune réticence et n'avoir rien dissimulé sur mon état de santé passé ou actuel et prend acte que toute réticence ou fausse déclaration de ma part entraînera la nullité du contrat. J'autorise expressément NSIA Vie Assurances à prendre toutes informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces Médecins à communiquer à NSIA Vie Assurances tous les renseignements demandés.

Fait à MEAGU le 23/02/2026

Visa du Souscripteur

Visa de l'Assuré



Numéro du Bulletin Numéro de police Numéro du client

Nom TRIOMPHE STORE Prénoms DJE BOUTRA LAMARY

Numéro de Compte 014067900001 Célibataire ☐ Marié(e) ☒ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Date de Naissance 03/02/1991 Lieu de Naissance ABIDJAN - ABIDJAN

Adresse postale MEAGUI - GMETEL Téléphone 0710 077831 / 0103 0559 51

Profession COMMERCIANT Employeur TRIOMPHE STORE

Type de prêt:
Court terme (1 à 4 ans) ☒ Moyen terme (5 à 10 ans) ☐ Découvert ☐ Crédit Moyen Terme ☐ C.D.M.H. ☐ Autre Prêt Immobilier ☐

Montant du prêt 20 000 000 Durée du prêt 18 (en mois) Date de la 1ère échéance

Date de la dernière échéance Montant de la prime Taux Surprime

Encours de prêt actuel: 00 Date de dernière échéance:

En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat, est bénéficiaire du capital garanti, et ne saurait être remplacé(e) sans son avis écrit.

1. Taille 170 2. Poids 81 kg 3. Tension artérielle 12/7

4. Fumez-vous? ☐ Oui ☒ Non Si oui, combien de cigarettes par jour?

5. Buvez-vous de l'alcool? ☐ Pas du tout ☒ A l'occasion ☐ Régulièrement 6. Vos distractions SPORT

7. Pratiquez-vous un sport? ☒ Oui ☐ Non Si oui, à quel titre? ☒ Amateur ☐ Professionnel

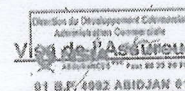
8. Êtes-vous atteint d'une infirmité? ☐ Oui ☒ Non Si oui, de quelle nature? Date de survenance

Nature	Répondre par Oui ou Non	Précisez	Date ou période de traitement	Lieu de traitement
Avez-vous été malade au cours des 6 derniers mois?	<u>NON</u>			
Êtes-vous souvent fatigué (e) ?	<u>NON</u>			
Avez-vous maigri les 6 derniers mois?	<u>NON</u>			
Avez-vous des ganglions, des furoncles, des abcès ou des maladies de la peau?	<u>NON</u>			
Toussez-vous depuis quelques temps avec en plus de la fièvre?	<u>NON</u>			
Avez-vous des plaies dans la bouche?	<u>NON</u>			
Faites-vous souvent la diarrhée?	<u>NON</u>			
Êtes-vous souvent ballonné (e)?	<u>NON</u>			
Avez-vous eu des Œdèmes de Membres Inférieurs (O.M.I.)?	<u>NON</u>			
Êtes-vous essoufflé (e) au moindre effort?	<u>NON</u>			
Avez-vous déjà reçu une perfusion ?	<u>NON</u>			
Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang?	<u>NON</u>			
Avez-vous déjà subi une opération?	<u>NON</u>			
Avez-vous des informations complémentaires sur votre état de santé susceptibles de renseigner l'Assureur?	<u>NON</u>			

Je soussigné, certifie avoir répondu avec sincérité, sans aucune réticence et n'avoir rien dissimulé sur mon état de santé passé ou actuel et prend acte que toute réticence ou fausse déclaration de ma part entraînera la nullité du contrat. J'autorise expressément NSIA Vie Assurances à prendre toutes informations qu'elle juge utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces Médecins à communiquer à NSIA Vie Assurances tous les renseignements demandés.

Fait à MEAGUI le 03/02/2026

Visa du Souscripteur [Signature] Visa de l'Assuré [Signature]



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ

N° CI003001434

Prénom(s)
BI TRA LANDRY

Nom
DJE

Date de Naissance 03/02/1991 Sexe M Taille 1,70 Nationalité IVOIRIENNE

Lieu de Naissance
ADJAME (CIV)

Signature du titulaire

Date d'expiration 21/01/2032

390147

**CONFORME
A L'ORIGINAL**