

BULLETIN DE SOUSCRIPTION COMPTE PARRAINE (SECURICOMPTE)

INFORMATIONS SOUSCRIPTEUR

Souscription :	☒
Modification de l'abonnement :	☐
Résiliation de l'abonnement :	☐
L'adresse Email personnelle :	aytadem@gmail.com
N° de téléphone portable principal :	07 09 19 75 20
N° de comptes :	801394306001
OBJET	Le paiement par l'assurance, d'un capital en cas d'Invalidité Absolue Définitive au titulaire du compte ou à ses ayants droit en cas de décès. Il est adossé obligatoirement à toute ouverture de compte chèque.
BENEFICIAIRES	Toute personne physique désignée par le souscripteur
DUREE DU CONTRAT	Jusqu'au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré
EVENEMENTS GARANTIS	- Décès de l'assuré - Invalidité Absolue et Définitive de l'assuré
MONTANT DES GARANTIES	L'équivalent du solde moyen du compte sur les 12 derniers mois précédant le sinistre : - Minimum = 150 000 FCFA - Maximum = 1 500 000 FCFA
MONTANT DES PRIMES	Compris dans le prix mensuel du package
BENEFICIAIRES	- Nom et prénoms _____ - Nom et prénoms _____ - Nom et prénoms _____ - Nom et prénoms _____

En cas d'inclusion dans un package le prix des SECURICOMPTE, est intégré dans la tarification du package de correspondance et n'engendrera aucun prélèvement supplémentaire.

Le soussigné reconnaît avoir pris connaissance de toutes les conditions générales et dispositions particulières du contrat d'abonnement SECURICOMPTE auquel il souscrit sans réserve et en avoir reçu un exemplaire.

Fait à ABIDJAN
en date du 19 / 09 / 2025



Signature du client, précédée de la mention
« Lu et approuvé »

lu et approuvé
SIGNATURE VERIFIEE

Ambassade du Mali: **ABIDJAN** Date de délivrance: **07/01/2026**

NOM: **N DIAYE**

Prénom: **AMADOU**

Né(e) le: **06/10/1985**

a: **BAMAKO/RI**

Commune de: **AMADOU N DIAYE**

Fils de: **FANTAMAYATTASSAYE**

et de: **NGR M70**

teint: **NEANT**

Signes particuliers: **MENAGERE**

Profession: **MARGORY-ZONE**

Domicile: **UN PEUPLE UN BUT UNE FOI**

Signature et Cachet de l'autorité: **ABIDJAN**

Signature ou empreinte de l'index gauche du titulaire: **06/01/2029**

N° de délivrance: **0091/2026/CGMA/01**

Date d'expiration: **06/01/2029**

Carte N°: **551175**

REF: EXT. No 938/REC. 18

Consulats
Abidjan COMP

COPIE CONFORME
L'ORIGINAL

COPIE CONFORME
L'ORIGINAL



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte

N'DIAYE AITOU

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE RIVIERA 3

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01082	801394306001	91	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600108280139430600191

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte

N'DIAYE AITOU

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE RIVIERA 3

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01082	801394306001	91	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600108280139430600191

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire du Compte

N'DIAYE AITOU

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire AFGB CI AGENCE RIVIERA 3

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01082	801394306001	91	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600108280139430600191



