

Agence **Abidjan**

Le contrat sera émis à la suite d'un examen médical de l'assuré. Tout fait qui pourrait influencer le risque d'assurance doit être déclaré à l'assureur. En cas de fraude, le contrat est nul et sans effet. Les conditions générales de la police sont annexées au présent contrat et font partie intégrante de celui-ci. Toute modification doit être approuvée par l'assureur.

Code Agent: **MMORONOR 16600**

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: **GOHOUROU** Prénoms: **ROBERT**
Date de Naissance: **15/12/1988** Lieu de Naissance: **COCODY** (le de la police: **COCODY 22, 21, 3**)
Mobile: **07 58 21 00 33** Adresse email: **gohourou@orange.ci**
No de Compte: **01260 01201 30081 0851 001 - 83**
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: **06/03/2026** Date de fin des prélèvements: **06/03/2026**
Je consens ☒

2. DÉTAILS SUR LES COUVERTURES

Capital Assuré: **100.000.000** FCFA Durée de la couverture: **5 ans** Date de la demande: **06/03/2026**
(Le même capital pour les couvertures Décès, Maladie Grave et Invalidité Totale et Définitive)
Mode de paiement: ☒ Prélèvement unique Prime: **2.549.200** 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	Sexe	No de Téléphone	Part (%)
GOHOUROU GNALY ETHANN	M	07 58 21 00 33	50%
GOHOUROU SYLVAIN	M	01 01 55 30 81	40%
GOHOUROU KESSIA TATIMH	F	05 55 30 60 20	10%

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 par 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 **HEPATITE B (Traite depuis plus d'un an)**

(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: 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.

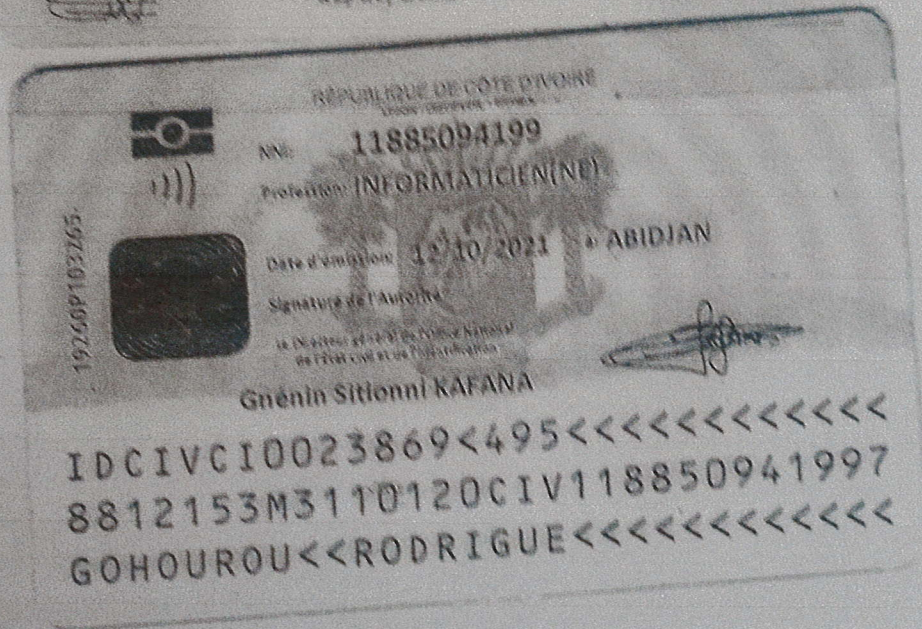
Je consens ☒

Signature

Date:

06/03/2026

Cachet Age



AFG BANK Côte d'Ivoire

04 MARS 2026

AGENCE PRINCIPALE PLATEAU
GESTIONNAIRE DE CHEQUIERS ET MONNAIES

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***A.G.L DIVERSES CONSTRUCTIONS SARL**

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire **AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU**

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	800810851001	89	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120180081085100189

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***A.G.L DIVERSES CONSTRUCTIONS SARL**

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire **AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU**

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	800810851001	89	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120180081085100189

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE*Titulaire du Compte***A.G.L DIVERSES CONSTRUCTIONS SARL**

Domiciliation : AFG Bank Côte-d'Ivoire **AFGB CI AGENCE PRINCIPALE PLATEAU**

CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMÉRO COMPTE	CLÉ RIB	DEVISE
CI260	01201	800810851001	89	XOF

BIC: AFGICIAB
IBAN: CI93CI2600120180081085100189

