



RCCM
2014-M1

CI-ABJ-03-2025-B12-06815

DECLARATION

D'IMMATRICULATION DE PERSONNE MORALE



RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE MORALE

- 1 RAISON OU DENOMINATION SOCIALE : HAVI CORPORATION
- 2 NOM COMMERCIAL : SIGLE HAVI
- 3 FORME JURIDIQUE : SARL
- 4 CAPITAL SOCIAL : Chiffre 10 000 000 F CFA lettre DIX MILLIONS
DONT : 10 000 000 en numéraire 0 en nature et 0 en industrie
SEUIL MINIMUM DU CAPITAL SOCIAL : 5 000 F CFA
- 5 ADRESSE DU SIEGE : Abidjan Marcory Résidentiel-Lot 1
- 6 N° RCCM DU SIEGE OU DE L'ANCIEN SIEGE : CI-ABJ-03-2025-B12-06815
- 7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT CREE : Abidjan Marcory Résidentiel-Lot 1
- 8 DUREE (à compter de son immatriculation au Régistre du commerce et du Crédit Mobilier) : 99 Ans



RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'OBJET SOCIAL ET AUX ETABLISSEMENTS

- 9 ACTIVITÉ(S) EXERCÉE(S) : La société a pour objet en Côte d'Ivoire et à l'étranger : - Vente de matériel informatique et de fournitures de bureau ; - Import/Export ; - Aménagement ; - Transport de personnes ; - Bâtiment et Travaux Publics (BTP) ; Et pour la réalisation de l'objet social : - l'acquisition, la location et la vente de tous biens meubles et immeubles. - l'emprunt de toutes sommes auprès de tous établissements financiers avec possibilité de donner en garantie tout ou partie des biens sociaux. - la prise en location gérance de tous fonds de commerce. - la prise de participation dans toute société existante ou devant être créée - et généralement, toute opérations financières, commerciales, industrielles, mobilières et immobilières, se rapportant directement ou indirectement à l'objet social ou pouvant en faciliter l'extension ou le développement.
- 10 Date de début : 19/01/2026 Nombre de salariés : 0
- 11 Origine du fonds : ☒ Création ☐ Achat ☐ Apport ☐ Prise en location gérance ☐ Transfert
- 12 ☐ Précédent exploitant ou ☐ Loueur de fonds : Nom & Prénoms / Dénomination
Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : N° RCCM :
- 13 ETABLISSEMENT SECONDAIRE / SUCCURSALE (autres que celui ou celle créé(e)) ☒ Non ☐ Oui
Etablissements : Dénomination :
Adresse (ville, Qt., Rue, Tel, E-mail) : RCCM
ACTIVITES :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ASSOCIES

14	Nom & prénoms / dénomination	Genre (M/F) **	Date et lieu de naissance / N° RCCM	Adresse

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DIRIGEANTS

15	Nom & prénoms	Genre (M/F)**	Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité
	N'GUESSAN MESSOUM KOUAKOUH N'GORAN	M	11/11/1980 à TREICHVILLE (Côte d'Ivoire)	N/A	Gérant(e)
	TOURE HAMA	M	14/07/1979 à Bouaké / BOUAKE (Côte d'Ivoire)	N/A	Gérant(e)

(*) M: Masculin ; F: Féminin

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

16	Cabinet / Nom & Prénoms	N° d'Agrément / Date et lieu de naissance	Adresse	Qualité



17 Le SOUSSIGNÉ LOLOU INGRID (Mandataire)

Demande à ce que la présente constitue: ☒ Demande d'immatriculation au R.C.C.M suivant (nature et date de l'acte justificatif)

Fait à ABIDJAN le 23/12/2025 14:14

Signature du demandeur

18 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 46 de l'AUDCG par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a

- ☒ Procédé à l'immatriculation le 29/12/2025 16:03 sous le numéro CI-ABJ-03-2025-B12-06815 et délivré un accusé d'enregistrement.
☐ Rejeté la demande au(x) motifs

Fait à ABIDJAN le 29/12/2025 16:03

(Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent)



Signature

KOUASSI KONAN MATHIAS
Administrateur des Greffes et Parquets
GREFFIER EN CHEF ADJOINT
TRIBUNAL DE COMMERCE D'ABIDJAN

19 En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent, le demandeur atteste que le présent formulaire comportant les motifs du rejet de sa demande lui a été remis le /..... /..... (JJ/MM/AAAA) et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet

Agence

Le contrat sera invalidé si vous manquez de divulguer tout fait qui pourrait influencer notre appréciation et l'acceptation de votre proposition. En cas de doute quant à savoir si certains faits sont matériels ou pertinents, ou s'il y a des changements apportés aux informations données avant le début du contrat, vous devez nous les communiquer par écrit.

Code Agent:

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : TOURE Prénoms : HAMA
Date de Naissance : 14/07/1979 Lieu de Naissance : BOUAKE N° de la pièce : C100476764
Mobile : 0707535793 Adresse email : _____
No de Compte : C1260 / 01227 / 801 605 364 001
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 : 11/03/2026 Date de fin des prélèvements : _____
Je consens ☒

2. DÉTAILS SUR LES COUVERTURES

Capital Assuré : 3 000 000 FCFA Durée de la couverture : 5 ans Date de la demande : _____
(Le même capital pour les couvertures Décès, Maladie Grave et Invalidité Totale et Définitive)
Mode de paiement : ☒ Prélèvement unique Prime : 122 900 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	Liens	No de Téléphone	Part (%)
<u>BOGRO BLANCHE PATRICIA</u>	<u>épouse</u>	<u>0748894910</u>	
<u>TOURE MOHAMMED ABOUDRAHMANE</u>	<u>ENFANT</u>		
<u>TOURE ILLAN ABEL</u>	<u>ENFANT</u>		

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 parties 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

(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 que le 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.

Cachet Agence

SIGNATURE
CONFORME

AFG BANK Côte d'Ivoire
AGENCE KOUMASSI
CONSEILLER EN VIE
06 MARS 2026