

Epargne VIP

Formulaire de souscription



RÉALISATEUR

Forme Agent général Courtier Vente directe Banque Mandataire non salarié

Nom

Code

SOUSCRIPTEUR

Prénom

Nom

Postnom

Genre Homme Femme

Lieu et date de naissance

Nationalité

Profession

Pièce identité Carte électeur Permis de conduire Passeport Autre

Numéro de la pièce Lieu et date délivrance , le / /

Adresse de résidence

Téléphone

Email

Banque

Numéro de compte ---

Intitulé de compte

Siège social: 10, boulevard du 30 Juin, Gombe, Kinshasa, RDC

Tél.: +243 82 000 7454 | **Tél.:** +243 97 000 0324 | **E-mail:** info@afriissur.cd | www.afriissur.cd

RCCM: CD/KNG/RCCM/19-B-01070 - **Id Nat:** 01-K6500-N48064X - **N° impôt:** A1914753H - **Capital social:** CDF:16.500.000.000 (Équivalent à USD:10.000.000)

ASSURÉ(E)

Si assuré identique au souscripteur, cocher et ne plus remplir cette partie

Prénom

Nom

Postnom

Genre Homme Femme

Lieu et date de naissance

Nationalité

Profession

Pièce identité Carte électeur Permis de conduire Passeport Autre

Numéro de la pièce Lieu et date délivrance , le / /

Adresse de résidence

Téléphone

Email

COUVERTURE

Montant de cotisation (en USD)

Capital souhaité (en USD)

Paiement de la prime Unique Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Date effet du contrat Le / /

Date d'échéance du contrat Le / /

Durée du contrat (en mois)



BÉNÉFICIAIRES

En cas de vie à l'échéance Assuré lui-même Autre (Remplir éléments en bas)

Prénom

Nom

Postnom

Date de naissance

En cas de décès avant l'échéance

Prénom	Nom	Postnom	Date de naissance	Quote-part (en %)

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Pour le souscripteur
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assuré
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assureur

