

# Retraite Complémentaire Individuelle

## 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

**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](http://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)

# Retraite Complémentaire Individuelle

## Formulaire de souscription



### 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 espéré (en USD)

Paiement de la prime  Unique  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

Date effet du contrat Le / /

Date échéance du contrat Le / /

Durée du contrat (en mois)



# Retraite Complémentaire Individuelle

## Formulaire de souscription



### 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

