

CIF - VIE TOGO
08 BP 8715
LOME-TOGO
Tél: +228 22205294/95

ASSURANCE MIXTE DES CONDUCTEURS PROPOSITION

Référence du produit: _____ Proposition N°: _____
Souscrit auprès du : _____
Agent N°: _____

Date effet du contrat _____ Date Echéance Prime _____ Date échéance du contrat _____

LE SOUSCRIPTEUR

Nom, prénom _____ Profession _____

Adresse: _____ Tél : _____ Whatsapp : _____
Compte Facebook : _____ Autre compte de réseau social : _____

Personne de référence 1 : Nom, prénom : _____ Tél/Whatsapp : _____

Personne de référence 2 : Nom, prénom : _____ Tél/Whatsapp : _____

N° d'identification _____ Prime payée par _____ Banque/Entreprise _____ N° Compte /Matricule _____

L'ASSURE

Nom, prénom _____ Profession _____

Adresse : _____

N° d'identification _____ Date de naissance _____ Votre âge au terme du contrat _____

BENEFICIAIRES

- Vie/Invalidité: _____
- Décès: _____

CAPITAL - GARANTIE DECES EN FRANCS FCFA

Capital Décès Garanti au Terme du Contrat: _____ FCFA

COTISATION

Prime Périodique Epargne H.T.: _____ FCFA Périodicité: _____ Première Prime T.T.C.: _____
FCFA Prime annuelle HT Garantie Décès : _____ FCFA Coût de police: _____
FCFA Taxe : _____ FCFA Mode de Paiement: _____ Organisme: _____
N°Compte: _____

DATE D'ETABLISSEMENT DE LA POLICE

Fait à _____, le / / /

LE SOUSCRIPTEUR

POUR LA SOCIETE