

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

## PLAN EPARGNE RETRAITE 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: \_\_\_\_\_

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**