

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

ASSURANCE PROTECTION FAMILLE PROPOSITION

Référence du produit: _____ Proposition N°: _____
Institution Financière : _____
Garanties: Décès-Invalidité ? _____ Décès-Invalidité & Perte d'Emploi ? _____

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

ADHERENT

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 _____

Employeur _____ Date d'embauche/ / / / / Durée du contrat de travail _____ Date de départ à la retraite/ / / / /, Faites-vous l'objet d'une procédure de licenciement ? _____. Etes-vous au chômage technique ou partiel? _____. Votre employeur fait-il l'objet de procédure judiciaire de règlement, de redressement ou de liquidation de biens? _____

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

BENEFICIAIRES

- Vie/Invalidité: _____
- Décès: _____

INFORMATIONS SUR LE CREDIT A ASSURER

Montant du Crédit _____ FCFA Date d'effet/ / / / /, Date Echéance/ / / / /
Date de fin de différé/ / / / /: _____ FCFA

COTISATION

Prime H.T.: _____ FCFA Périodicité: _____ FCFA Coût de police: _____ FCFA Taxe : _____
FCFA Première Prime T.T.C.: _____ FCFA Mode de Paiement: _____ Organisme: _____
N°Compte: _____

DATE D'ETABLISSEMENT DE LA POLICE

Fait à _____, le / / / /

LE SOUSCRIPTEUR

POUR LA SOCIETE