



SOUSCRIPTEUR :

BANK OF AFRICA

Je soussigné (e)

Nom :

Diarra

Date de naissance :

09-08-1981

Prénoms :

Pary

Lieu de naissance :

Bamako

N° CNI/Carte de séjour/Passeport :

181091040054606

Profession :

Tractoriste

Date de délivrance :

01-05-15

Lieu de délivrance :

Police

Adresse :

Samako I

Demande à adhérer à la convention N°:

Numéro de compte :

250 8567410145

CLAUSES BENEFICIAIRES

En cas de décès : 1. BOA à hauteur du montant de découvert effectivement utilisé au jour précédant le sinistre.

2.

En cas de d'invalidité totale: 1. BOA à hauteur du montant de découvert effectivement utilisé au jour précédant le sinistre

2. le titulaire de compte

Après avoir pris connaissance des conditions générales jointes à ce bulletin, je déclare par la présente adhérer au contrat « ZEN-DECOUVERT »

Date d'adhésion : Durée du découvert : Mois ☐ an(s) ☐

Montant du découvert bancaire autorisé : XOF 36 000

Montant de la prime :

Périodicité (Mens/ Trim / Sem / An) :

Fait à

le :

Signature de l'assuré :

(précédée de la mention "lu et approuvé")





Visa de la banque :

