

## ***Proposition d'Assurance***

**IND-CAD-2410** 321

# Cadence

Cet encadré a pour objectif d'attirer l'attention du souscripteur sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance. Il est important que le souscripteur lise intégralement la proposition d'assurance, et pose les questions qu'il estime nécessaires avant de signer la contrat.

### **Retraite Pension**

### **Investissement**

#### **Nos Conseils pour souscrire à Cadence**

1. Lisez attentivement la notice d'information à la dernière page de la proposition d'assurance.
2. Discutez de toutes les questions d'assurances avec votre conseiller. Il aidera à mieux cerner vos besoins et à mettre en place un contrat d'assurance personnalisé.
3. N'hésitez pas à lui faire part des contrats d'assurances auxquels vous avez déjà souscrit.
4. Pour tout renseignement supplémentaire, appeler au 27 20 22 94 64 / 27 20 33 15 00

**Conseiller :** Admin LLV

**Code :** AG-LLV-001

**Unit Manager :** ...

**Code :** ...

**Assistant Manager :** ...

**Code :** ...

**Manager :** ...

**code :** ...

**Réseau :** ...

Produit conçu et testé par la cellule Recherche & Développement de YAKO AFRICA Assurances Vie

Société Anonyme d'Assurance Vie au capital de 3 000 000 000 FCFA. Entreprise régie par le code des Assurances CIMA Siège social : Abidjan-Plateau - Immeuble woodin Center 4ème étage - Avenue Noguès 01 BP 11885 Abidjan 01

Tél.: (225) 27 20 22 94 64 / 27 20 33 15 00 - Fax : (225) 27 20 22 95 92 - RCC : CI-ABJ-03-2022-M-22882

Email : infos@yakoafricassur.com - Site Web : www.yakoafricassur.com

I

**SOUSCRIPTEUR**

Mme  M

**Nom :** test **Prénoms :** tes

**Né(e) le :** 2000-11-20 **à :** Sepehediokaha

**Situation Matrimoniale :**  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**Profession :** Aide-Soignant(e) **Employeur :**

**Adresse actuelle :** koko **Adresse permanente :** koko

**Téléphone courant :** 0758817235 **Téléphone permanente :** 0748539509

**CNI :** N° fefdsyhsdu **E-mail :** test@uvci.edu.ci

II

**ASSURE**

| Nom complet | filliation | Né(e) le            | Téléphone  | Résidence |
|-------------|------------|---------------------|------------|-----------|
| test tes    | LUIMM      | 2000-11-20 00:00:00 | 0748539509 | koko      |

**personne à contacter en cas d'urgence**

**Nom et prénoms :** tet **Contact :** 2653278

**Nom et prénoms :** **Contact :**

III

**BENEFICIAIRES****1. Au terme du contrat**

L'adherent  Le Conjoint non séparé de corps, ni divorcé  Les enfants nés et à naître  Autres

**2. En cas de décès avant terme du contrat**

Le Conjoint non séparé de corps, ni divorcé  Les enfants nés et à naître  Autres

| Nom complet | filliation | Né(e) le            | Téléphone | Résidence |
|-------------|------------|---------------------|-----------|-----------|
| test tes    |            | 2025-06-12 13:11:27 |           | koko      |

Produit conçu et testé par la cellule Recherche & Développement de YAKO AFRICA Assurances Vie

Société Anonyme d'Assurance Vie au capital de 3 000 000 000 FCFA. Entreprise régie par le code des Assurances CIMA Siège social : Abidjan-Plateau - Immeuble woodin Center 4ème étage - Avenue Noguès 01 BP 11885 Abidjan 01

Tél.: (225) 27 20 22 94 64 / 27 20 33 15 00 - Fax : (225) 27 20 22 95 92 - RCC : CI-ABJ-03-2022-M-22882

Email : infos@yakoaflicassur.com - Site Web : www.yakoaflicassur.com

**IV****SOUSCRIPTION AU CONTRAT CADENCE**

Je souhaite souscrire au contrat " **CADENCE**" pour une durée de **10 ANS** en prenante effet le **2025-07-01 00:00:00**

Le capital garanti au contrat doit être réservé au(x) bénéficiaire(s) sous la forme :

- d'un paiement unique à la date d'échéance
- d'une rente certaine payée sur une durée de **10 ANS**

par échéance

**Mensuelle**

**Trimestrielle**

**Semestrielle**

**Annuelle**

**V****COTISATION**

Je souhaite payer par  **Mois**  **Trimestre**  **Semestre**  **Année**  **Unique**

sur une durée de **10ANS**, une cotisation de **20000FCFA + 0 (Frais accessoire)FCFA = 20,000FCFA**

Frais unique d'Adhésion : **7 500 FCFA**

Adhésion aux services en ligne e-Nov :  **Abonnement mensuel: 500 FCFA**  **Abonnement annuelle: 6000 FCFA**

**VI****SOUSCRIPTION AU CAPITAL SURETE ET À LA GARANTIE COMPLEMENTAIRE DECÈS ACCIDENTEL**

Les primes en couverture de **CAPITAL SURETE** et de **garantie complémentaire DECÈS ACCIDENTEL** sont payées en sus de la COTISATION D'ASSURANCE et en même temps qu'elle

- Je souhaite souscrire au CAPITAL SURETE de **0 FCFA** pour une prime de **0 FCFA**
- Je souhaite souscrire au CAPITAL ACCIDENT de **0 FCFA** pour une prime de **0 FCFA**

**VII****PAIEMENT DE LA COTISATION ET DES PRIMES**

La cotisation et les primes d'Assurance d'un montant total de **20,000 FCFA** seront payée par :

- Prélèvement bancaire sur mon compte (*Joindre l'attestation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire*)
- Retenue sur salaire auprès de mon employeur (*Joindre l'autorisation de retenue à la source*)
- Chèque (*à l'ordre exclusif de YAKO AFRICA Assurances Vie*)
- Espèces (*exclusivement aux guichets de YAKO AFRICA Assurances Vie ou auprès des mandataires autorisés*)
- Mobile money ou Internet
- Autres, préciser : .....

La première échéance de la prime sera payée par :

- Prélèvement bancaire sur mon compte (*Joindre l'attestation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire*)
- Retenue sur salaire auprès de mon employeur (*Joindre l'autorisation de retenue à la source*)
- Chèque (*à l'ordre exclusif de YAKO AFRICA Assurances Vie*)
- Espèces (*exclusivement aux guichets de YAKO AFRICA Assurances Vie ou auprès des mandataires autorisés*)
- Mobile money ou Internet
- Autres, préciser : .....

**VIII****CONSTITUTION DU FONDS D'OPERATION**

Le fonds d'opération est constitué sur la base de ..... (*Maximum -50% de la cotisation annuelle*) par année

Fait à : **ABIDJAN NORD** le **12/06/2025 à 13:11:27**

**Signature du souscripteur**

**Signature de l'Assuré**  
(précédée de la mention "LU et APPROUVE")

**Signature du Conseiller**  
(précédée de la mention "LU et APPROUVE")