

## 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](mailto:infos@yakoafricassur.com) - Site Web : [www.yakoafricassur.com](http://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° fefdsyhdsu

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 &amp; 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

#### IV SOUSCRIPTION AU CONTRAT CADENCE

Je souhaite souscrire au contrat " **CADENCE**" pour une durée de **10 ANS** en prenant 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 payées 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")