

Je soussigné NOM Complet demande mon affiliation à l'assurance en référence et désigne comme bénéficiaire de ladite Assurance la CONTRACTANTE ci-après désigné : Testeur Difin

Conseiller : Testeur Difin

1. ADHERENT / ASSURE(E) :

| | | | |
|------------------|--------------|--------------|----------------------|
| Civilité : | Madame | Profession : | Administrateur Civil |
| Nom et Prénoms : | pamfc Demo | Mobile : | 01020555 |
| Né(e) le : | 2000-10-24 | Téléphone : | +2250102030455 |
| A : | Adjamé | Email : | jhon@gmail.com |
| N° CNI : | ci0789078557 | Adresse : | Adjamé |

Type de pret : Durée du pret (mois) :45 Montant du pret (Fcfa) : 470000

Mise en place prévue le : 2025-03-01 Mise en effective : ---- Ref : -----

2. PRIMES :

| | | | | | |
|--------------------|----------|--------------|----------|---------------|----------|
| Prime principale : | 4.864,50 | Prime YAKO : | 5.000,00 | PRIME TOTAL : | 9.864,50 |
|--------------------|----------|--------------|----------|---------------|----------|

3. BENEFICIAIRE :

| Nom & Prénoms | Né(e) le | Lieu de naissance | Lieu de résidence | Téléphone | Email |
|---------------|----------|-------------------|-------------------|-----------|-------|
| | | | | | |

4. QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU PROPOSANT :

| | | | |
|--|--------|---------------------------------|---------|
| Taile (Cm) : | 170 | Etes-vous en arret de travail : | ---- |
| Fumez-vous ? : | Non | Poids : | 97 |
| Vos distractions : | Voyage | Buvez-vous l'alcool : | Partiel |
| Pratiquez-vous une activité sportive ? : | Non | Tension arterielle : | 75 |

| # | Nature | Réponse |
|----|---|---------|
| 1 | Avez-vous déjà été victime d'un accident | Non |
| 2 | Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical ces 6(six) derniers mois ? | Non |
| 3 | Avez-vous déjà subi une transfusion de sang ? | Non |
| 4 | Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ? | Non |
| 5 | Devez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ? | Non |
| 6 | Diabète | Non |
| 7 | Hypertension artérielle | Non |
| 8 | Drépanocytose | Non |
| 9 | Cirrhose de foie | Non |
| 10 | Affectations pulmonaires | Non |
| 11 | Cancer | Non |
| 12 | Anémie | Non |
| 13 | Avez-vous déjà été victime d'un AVC ? | Non |

Je certifie, avoir répondu avec exatitudo et sincérité aux questions ci-dessus,n'avoir rien déclaré ou omis qui puisse induire en erreur YAKO AFRICA et reconnaît etre informé des dispositions de l'article 18 du code des assurances CIMA sanctionnant toute réticence ou fausse déclaration. je déclare avoir pris connaissance des garanties offertes par le contrat souscrit par la contractante

Fait à le 2025-02-23 22:43:19

Reservé à YAKO AFRICA Assurances Vie

BON POUR AUTORISATION A L'ASSURANCE ADHERENT
(signature précédée de la mention LU et APPROUVE)

