

### SOUSCRIPTEUR

Nom ou raison sociale

### ADHÉRENT(E)

Prénom

Nom

Postnom

Genre  Homme  Femme

Lieu et date de naissance

Nationalité

Profession

Pièce identité  Carte électeur  Permis de conduire  Passeport  Autre

Numéro de la pièce Lieu et date délivrance , le / /

Adresse de résidence

Téléphone

Email

Banque

Numéro de compte ---

Intitulé de compte

### GARANTIE

Décès ou invalidité absolue définitive toutes causes

### BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire de l'indemnité est l'organisme prêteur.

Siège social: 10, boulevard du 30 Juin, Gombe, Kinshasa, RDC

Tél.: +243 82 000 7454 | Tél.: +243 97 000 0324 | E-mail: info@afrissur.cd | [www.afrissur.cd](http://www.afrissur.cd)

RCCM: CD/KNG/RCCM/19-B-01070 - Id Nat: 01-K6500-N48064X - N° impôt: A1914753H - Capital social: CDF.16.500.000.000 (Équivalent à USD.10.000.000)

### CARACTÉRISTIQUE DU DÉCOUVERT (SECTION RÉSERVÉE À LA BANQUE)

Découvert permanent  Date d'effet  Échéance\*: 31/12/

Facilités de caisse\*\*  Durée (en mois)  Date d'effet  Échéance:

\* L'adhésion est renouvelable par tacite reconduction sous réserve du respect des conditions d'adhésion.  
 \*\* 6 mois maximum, sinon l'assurance découvert s'applique.

Formule					
Découvert (USD)	] 0 ; 50 ]	] 50 ; 500 ]	] 500 ; 1000 ]	] 1000 ; 2000 ]	] 2000 ; ... ]
Plafond garanti (USD)	50	500	1000	2000	9000

### DÉCLARATION ÉTAT DE SANTÉ

Veuillez indiquer:

Taille  cm

Poids  kg

**Au cours des cinq (05) dernières années avez-vous bénéficié, ou bénéficiez-vous actuellement:**

A - d'une hospitalisation, d'un traitement ou d'une surveillance médicale de plus d'un mois?

**OUI NON**

B - d'une recherche de marqueurs sérologiques d'infections virales avec des résultats d'examens qui seraient révélés positifs (HIV, Hépatite B et C)?

C - d'une pension d'invalidité  $\geq$  20% pour accident ou maladie?

**OUI NON**

**Dans les six (06) prochains mois, devez-vous subir une intervention chirurgicale ou des examens médicaux dans le cadre d'une surveillance médicale?**

*Cette déclaration est impérativement validée par la personne à assurer qui reconnaît en avoir pris lecture dans sa totalité. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration intentionnelles sont celles prévues par le code des assurances (Article 14 et 15: nullité du contrat).*

*J'autorise expressément la compagnie d'assurance à prendre toutes informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces médecins à communiquer à la compagnie d'assurance tous les renseignements demandés.*

### DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

- Je déclare accepter d'être assuré pour le prêt ci-dessus, suivant les modalités au contrat d'assurance souscrit par la banque qui sera bénéficiaire des sommes assurées en cas de sinistre.
- Je reconnais avoir reçu le résumé des principales dispositions au contrat d'assurance et être parfaitement informé des conditions d'adhésion.
- Je déclare sur l'honneur être en bonne santé, ne pas suivre de traitement médical régulier, être âgé de moins de 65 ans et exercer une activité stable à plein temps. Je suis informé que conformément au Code ARCA toute fausse déclaration entraîne la nullité du contrat d'assurance.

**En outre, j'autorise la banque à débiter le compte sus-mentionné du montant de la prime pour acceptation de l'assurance et, le cas échéant, pour tout renouvellement, et accepte que mon adhésion ne soit pas renouvelée en cas de non-respect des conditions d'adhésion, et ce, sans mise en demeure préalable.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pour le souscripteur  
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assuré  
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"

Pour l'assureur