

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Avez-vous souscrit une assurance vie auprès de SanlamAllianz Life ? OUI ☐ NON ☐

Noms: Mr/Mme/Mlle.....Sexe: ☐ Masculin ☐ Feminin

Etat civil: ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Separé(e) ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e)

Nationalité.....Date de naissance:...../...../.....

Lieu de naissance: Village.....Cellule:

District.....Secteur:.....Province.....

Si né(é) à l'étranger, préciser le pays:.....

Lieu de résidence: Village.....Cellule:

District.....Secteur:.....Province.....

Si né(é) à l'étranger, préciser le pays:.....

Logement: ☐ Propriétaire ☐ Locataire Nombre de personnes sous votre responsabilité:

Occupation:Carte d'identité/Passeport N°

Employeur:

Activité économique:.....

Relation avec l'employeur: ☐ Membre du Conseil d'Administration ☐ Cadre (DG, Directeur) ☐ Pas de relation, ☐ Actionnaire ☐ Employé ☐ Participation directe ou indirecte dans votre institution. ☐ Contrôle direct ou indirect par votre institution ☐ Epoux (se), partenaire, or Membre de la famille jusqu'au deuxième degré des personnes liées dans votre institution.

Type de relation:

Tel(1):Tel(2):Email.....

Education: ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Tronc Commun ☐ Fréquentation scolaire Inférieur au niveau A2 ☐ Secondaire et 1er cycle université (A2 & A1)

☐ Université (A0) ☐ Troisième cycle universitaire (Maitrise) ☐ Doctorat

Division professionnelle (Vision_SBU)

☐ Très Petite Entreprises (Moins de 1million FRW) ☐ Petite Entreprises (De 1 à 20 million FRW)

☐ Moyenne Entreprises (De 20 à 500 million FRW)

☐ Grande Entreprises (Plus de 500 million FRW) ☐ Entreprise personnelle

☐ ONGs, Organisation de bienfaisance ☐ Groupe d'entreprises/Communauté

☐ Autres

2. IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR
2.1. SI LE SOUSCRIPTEUR EST DIFFERANT DE L'ASSURE(E)

Noms: Mr/Mme/Mlle.....Sexe: ☐ Masculin ☐ Feminin

état civil: ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Separé(e) ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e)

Nationalité.....Date de naissance:...../...../.....
Lieu de naissance: Village.....Cellule:
District.....Secteur:.....Province.....
Si né(é) à l'étranger, préciser le pays:.....
Lieu de résidence: Village.....Cellule:
District.....Secteur:.....Province.....
Si né(é) à l'étranger, préciser le pays:.....
Logement: ☐ Propriétaire ☐ Locataire Nombre de personnes sous votre responsabilité:
Occupation:Carte d'identité/Passeport N°
Employeur:
Activité économique:.....
Relation avec l'employeur: ☐ Membre du Conseil d'Administration ☐ Cadre (DG, Directeur) ☐ Pas de relation, ☐ Actionnaire ☐ Employé ☐ Participation directe ou indirecte dans votre institution. ☐ Contrôle direct ou indirect par votre institution ☐ Epoux (se), partenaire, or Membre de la famille jusqu'au deuxième degré des personnes liées dans votre institution.
Type de relation:
Tel(1):Tel(2):.....Email.....
Education: ☐ Maternelle ☐ Primaire ☐ Tronc Commun
☐ Fréquentation scolaire Inférieur au niveau A2 ☐ Secondaire et 1er cycle université (A2 & A1)
☐ Université (A0)
☐ Troisième cycle universitaire (Maitrise) ☐ Doctorat
Division professionnelle (Vision_SBU)
☐ Très Petite Entreprises (Moins de 1million FRW) ☐ Petite Entreprises (De 1 à 20 million FRW)
☐ Moyenne Entreprises (De 20 à 500 million FRW)
☐ Grande Entreprises (Plus de 500 million FRW) ☐ Entreprise personnelle
☐ ONGs, Organisation de bienfaisance ☐ Groupe d'entreprises/Communauté
☐ Autres

2.2. SI L'ASSURE EST UNE ENTREPRISE OU UNE ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG)

Nom de l'entreprise/ONG:.....Boite Postale (s'il y en a)
Téléphone.....Email.....
Numero d'immatriculation.....Date d'immatriculation...../...../.....
Lieu de location.....Nature d'activité
Représentant Légal (Mr/Mme/Mlle).....Titre.....
Date de naissance/...../.....Lieu de Residence
Nationalité.....
Adress Email Tél:
Contribution de l'employeur: %.

3. PRIME D'ASSURANCE ET RISQUES COUVERTS (en FRW)

3.1. ASSURANCE EDUCATION

Montant de la prime.....
Periodicité de payment de prime: ☐ Prime unique ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle

Durée du contrat (en années):

Mode de paiement de rente au terme: ☐ Paiement unique ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle

Rente pendant le différé: ☐ 25% ☐ 50%

Modalité de paiement des primes: ☐ MoMo ☐ Chèque ☐ Prélèvement sur salaire ☐ Ordre de virement permanent

Source de revenu/Primes: ☐ Salaire ☐ Affaires/Business ☐ (Testament) ☐ libéralité (Donation)
☐ Succession ☐ Autre source (préciser).....

Souhaitez-vous bénéficier d'une couverture d'assurance funéraire ? ☐ NO ☐ OUI ☐ Si Oui, veuillez les mentions au point 3.2. Si Non, veuillez les mentions au point 4.

3.2 ASSURANCE FUNERAIRE

3.2.1. Prime

Premium	5.000
---------	-------

Periodicité de paiement de prime: ☐ Prime unique ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle

Durée du contrat (en années):

Mode de paiement des sommes assurées: ☐ Paiement unique

Modalité de paiement des primes: ☐ MoMo ☐ Chèque ☐ Prélèvement sur salaire ☐ Ordre de virement permanent

Source de revenu/Primes: ☐ Salaire ☐ Affaires/Business ☐ (Testament) ☐ libéralité (Donation)
☐ Succession ☐ Autre source (préciser).....

3.2.2. GARANTIES DECES POUR ASSURANCE FUNERAIRE

BENEFITS	Capital assuré (in Frw)
Frais funéraires (couverture avec extension aux membres de la famille: assuré, conjoint et 4 enfants au maximum)	3.000.000
Le décès accidentel du souscripteur	6.000.000

NB: 1. Si le souscripteur a plus de quatre (4) enfants, il ou elle doit régulièrement payer une surprime additionnelle par enfant pour l'assurance funéraire.

Additional Premium	900
--------------------	-----

2. Lorsque l'enfant assuré atteint l'âge de 25 ans, sa couverture funéraire prend immédiatement.

3. Le souscripteur dont ses parents ont moins de 65 ans est éligible à la couverture des frais funéraires moyennant une prime supplémentaire suivante:

Prime supplémentaire pour parent (s)	7.500
--------------------------------------	-------

3.2.3. Membres de la famille couverts en assurance funéraire

N°	Noms	Date de naissance	of	Relation parentale
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE EDUCATION

	Noms	Date de naissance	Relation parentale	% de rente
En cas de vie				
En cas de décès	1			
	2			

Seuls les bénéficiaires désignés seront autorisés à percevoir la somme de garantie assurée dans les proportions définies ci-dessus en cas de décès de l'assuré. En cas de disparition, d'absence ou de décès des bénéficiaires, la succession s'effectuera conformément aux lois en vigueur au en matière de succession au Rwanda.

Déclaration des informations sur les bénéficiaires effectifs

[] Dans le cas des prestations liées à la vie assuré

Je soussigné(e),déclare que j'ai souscrit à cette police d'assurance pour moi-même et que je ne représente ni ne suis au nom d'aucune autre personne, que ce soit pour le paiement des primes ou pour les prestations découlant de cette police.

[] Dans le cas d'un autre bénéficiaire effectif

Moi.....,je déclare que le paiement de la rente/les versements garantis en vertu de ce contrat bénéficiera à une autre personne que moi-même. Voici ses informations précises:

.....
.....
.....

Concernant la protection des données personnelles et leur traitement

J'autorise SanlamAllianz Life Insurance Plc à traiter, de la manière prescrite par la loi, mes données personnelles ainsi que celles des personnes assurées ou des bénéficiaires (tant mineurs que majeurs) telles qu'elles sont définies dans cette proposition d'assurance. L'assureur m'a également expliqué que des informations supplémentaires concernant mes droits et le traitement des données personnelles, ainsi que la note de confidentialité, sont disponibles dans un document accessible sur le site www.rw.sanlamallianz.com.

Noms

Date

Signature

Questionnaire sur l'état de santé de l'assuré

L'assuré(e) doit répondre personnellement à la question, de manière claire, sans suppressions ni ajouts. Un simple trait de plume ne suffit pas.

Sélectionnez la vraie réponse. En cas de réponse affirmative, donnez les précisions à l'aide d'une feuille additionnelle si nécessaire.

Questionnaire pour l'assuré(e)

1. Taille (en cm).....Poids (en kg).....

[] Non [] Oui Lequel ?Date de commencement du traitement ?

3. Avez-vous récemment effectué ces tests médicaux ci-après:

Test	Non	Oui	Date (Jour/Mois/Année)	Résultat	
				Positif (+)	Négatif (-)
Hépatite (B or C)					
SIDA					
Insuffisance rénale					
Maladies cardiaques					
Diabète					
Cancer					

4. Avez-vous été opéré ou avez-vous un rendez-vous pour être opéré? [] Non [] Oui Date et motif.....

5. Souffrez-vous d'une certaine maladie? [] Non [] Oui Laquelle?

S'il s'avère que le preneur d'assurance a fait une fausse déclaration sur son état de santé, le contrat est déclaré nul et non avenu, et la prime versée ne sera pas remboursée

Moi ----- Je certifie par la présente avoir répondu sincèrement, sans réticence et n'ayant rien caché de ma santé passée et actuelle, et reconnais par la présente que toute réticence et/ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat. J'autorise expressément l'assureur à obtenir toutes les informations jugées utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont traité. J'autorise les médecins à communiquer à l'assureur toutes les informations demandées.

Fait àle.....

Noms de l'assuré(e):Signature:

Pour SanlamAllianz Life Insurance Plc seulement

AgentCode..... Signature.....

Délegué:.....

Particular remarks: