

"PROPOSITION D'ASSURANCE DU PRODUIT PREVOYANCE RETRAITE (v2025)

N°.....

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

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

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. 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:.....Boîte 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 (en FRW)

Montant de la prime.....

Periodicité: ☐ 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).....

4. PAIEMENT DES SOMMES ASSUREES (en FRW)

DESCRIPTION	SOMME ASSUREE
Décès/Incapacité Totale Permanente	10 X Prime annuelle
Epargne	Taux d'intérêt 3.5%

5. BENEFICIAIRES

	Noms	Date de naissance	Relation avec l'assuré(e)	Pourcentage
En cas de vie				
En cas de décès	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			

Seuls le bénéficiaires ci-haut mentionnés seront autorisés à touchés à percevoir les sommes assurées selon les proportions ci-dessus en cas de décès de l'assuré(e). En cas de disparition, d'absence ou de décès du bénéficiaire, la succession aura lieu conformément au loi en vigueur au Rwanda.

Déclaration du bénéficiaire effectif

☐ En cas de prestations de la vie assurées

Moi,, je déclare par la présente que j'ai souscrit à cette police d'assurance pour moi-même et que je ne représente aucune autre personne, qu'il s'agisse du paiement de primes ou des sommes assurées découlant de cette police

☐ En vertu du **bénéficiaire effectif**

Moi,, déclare que le paiement de la rente/des capitaux assurés au titre du présent contrat bénéficiera à une autre personne que moi. Ci-dessous ses identifications:

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

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).....

2. Etes-vous sous un traitement médical? []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 avenant, 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.....

Délégué:.....

Particular remarks: