

PROPOSITION D'ASSURANCE DU PRODUIT "TEGANYA"

N°.....

Produits: ☐ PROTECTION FAMILIALE ☐ FUNERAIRE ET EPARGNE

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

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

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

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

District.....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

Votre employeur contribue-t-il au paiement des primes? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, veuillez fournir les informations suivantes:

Nom de l'employeur : Boite Postale (le cas échéant):

Téléphone :Email

Numéro d'enregistrement :Date d'enregistrement Lieu

d'activité : Nature de l'activité

Représentant légal

(M./Mme/Mlle).....Fonction.....

Date de naissance/...../..... Adresse de résidence.....

Nationalité..... Adresse Email

Tel:

Pourcentage de contribution de l'employeur :.....%.

1. PRIMES D'ASSURANCE ET CAPITAL ASSURE (en FRW):

Montant de la prime:

1.1. PROTECTION FAMILIALE (SAFE FAMILY)

Si le contrat de Protection Sociale ("Safe Family") avec option de remboursement de prime est applicable, une prime additionnelle de 15 % sera ajoutée à la prime de "Safe Family" déjà existante.

Revenu mensuel:**NB:** Si le souscripteur a choisi seulement l'assurance épargne ou l'assurance funéraire, la mention du revenu mensuel (salaire) n'est pas nécessaire.

1.2. FUNERAL

Option et primes

☐ Option 1	3.000	☐ Option 2	3.800	☐ Option 3	4.500	☐ Option 4	5.000
-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------

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).....

2. RISQUES COUVERTS ET CAPITAL ASSURE

3.1. PROTECTION FAMILIALE ("Safe family")		Garantie assuré	Capital assuré (en Frw)
Décès/Incapacité Totale Permenante		15 X Salaire mensuel	
Incapacité partielle totale		15 X Salaire mensuel X Pourcentage of invalidité certifiée par le Médecin	
Perte de revenu suite à l'accident ou maladie		75% X 15 X Salaire mensuel	
Devez-vous partager la garantie décès (prestation) avec votre conjoint en cas de décès ?"			[] Oui [] No
Si Oui	Nom de votre conjoint:	Date de naissance:	Pourcentag e relatif [.....%]
Avez-vous besoin de l'assurance Protection Familiale (Safe Family) avec option de remboursement des primes en espèces ?"			[] Oui [] No
Si Oui, les garanties suivant seront octroyées:			
Garantie (Montant) a remboursé			20% du total des primes payées
Fréquence de paiement des garanties remboursables			Après chaque 5 ans
3.2. EPARGNE			Taux d'intérêt (5%)
3.3. ASSURANCE DE FUNERAILLE			
1 ^{ère} Option			
Frais funéraires (couverture avec extension aux membres de la famille: assuré, conjoint et 4 enfants au maximum)			1.000.000
Le décès accidentel du souscripteur			2.00.000
2 ^{ème} Option			
Frais funéraires (couverture avec extension aux membres de la famille: assuré, conjoint et 4 enfants au maximum)			1.500.000
Le décès accidentel du souscripteur			3.000.000
3 ^{ème} Option			
Frais funéraires (couverture avec extension aux membres de la famille: assuré, conjoint et 4 enfants au maximum)			2.000.000
Le décès accidentel du souscripteur			4.000.000
4 ^{ème} Option			
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.

☐ Option 1	300	☐ Option 2	450	☐ Option 3	600	☐ Option 4	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:

☐ Option 1	2.500	☐ Option 2	3.750	☐ Option 3	5.000	☐ Option 4	7.500
-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------

3.4. Membres de la famille couverts en assurance funéraire

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

3. BENEFICIAIRES

	Noms	Date de naissance	Relation de parentale	Pourcentage
En cas de vie				
En cas de décès	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			

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 assure

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 DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DE LA PROTECTION FAMILIALE ET DE L'ASSURANCE FUNÉRAIRE

La personne assurée doit répondre à chaque question personnellement, clairement, sans omissions ni ajouts. Un simple trait de stylo ne suffira pas. Cochez la case correspondant à la réponse correcte. En cas de réponse affirmative, fournissez les précisions nécessaires sur une feuille séparée jointe.

Questionnaire pour l'assuré(e)

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

Lequel ?

2. Etes-vous sous un traitement médical? ☐ Non ☐ Oui 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 avenue, 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 à.....le.....

L'assurée:Signature:

Pour usage exclusive de SanlamAllianz Life Plc

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

Superviseur:.....

Mentions particulières si le cas échéant:

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU CONJOINT DE L'ASSURÉ (Si le souscripteur souhaite que son conjoint soit assuré)

Questionnaire pour le conjoint du souscripteur assuré

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

Lequel ?

2. Etes-vous sous un traitement médical? ☐ Non ☐ Oui Date de commencement du traitement ?

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

Test	Non	Oui	Date (Jour/Mois/Année)	Résultat	
				Positif (+)	Negatif (-)
Hépatite (B or C)					
SIDA					
Insuffisance renale					
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 avenue, 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 à.....le.....

L'assurée:Signature:

Pour usage exclusive de SanlamAllianz Life Plc

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

Superviseur:.....

Mentions particulières si le cas échéant: