



SOCIETE D'ASSURANCES DU BURUNDI s.m  
ASSURANCE - VIE

**PROPOSITION D'ASSURANCE EDUCATION**

N° PROPOSITION:  
AGENT COMMERCIAL:  
Code:  
AGENCE:

**1. ASSURE**

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin  Féminin   
Date et lieu de naissance: Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Etat Civil: Marié( e)  Célibataire  Veuf( ve)  Divorcé( e)   
Adresse: B.P. \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Zone \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Profession (décrire votre travail): \_\_\_\_\_  
Employeur: \_\_\_\_\_ N° de la Carte National d'Identité: \_\_\_\_\_

**2. SOUSCRIPTEUR (si différent de l'assuré)**

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin  Féminin   
Adresse: \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ N° de la Carte National d'Identité: \_\_\_\_\_

**3. ENFANT BENEFICIAIRE**

Nom et Prénom de l'enfant  
1) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Classe en cours \_\_\_\_\_  
Date d'effet \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Différé \_\_\_\_\_ Cycle à assurer \_\_\_\_\_ Montant de la rente \_\_\_\_\_  
Période de la rente : Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

**4. PRIME/COTISATION**

Montant: \_\_\_\_\_ FBU  
Période: Mensuelle  Taux d'indexation: \_\_\_\_\_ ans  
Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle  Unique

Mode de paiement : Espèce ou chèque

Virement bancaire  
N° de compte \_\_\_\_\_ Prélèvement sur salaire  
Banque \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

**5. BENEFICIAIRES**

En cas de vie à l'échéance: L'assuré lui-même

En cas de décès avant échéance: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

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

Nom et signature du souscripteur  
(Précédé par la mention « Lu et approuvé »)