



SOCIETE D'ASSURANCES DU BURUNDI s.m  
ASSURANCE VIE

**PROPOSITION D'ASSURANCE PENSION COMPLEMENTAIRE**

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 (S) (si différent de l'assuré)**

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin  Féminin   
Date et lieu de naissance: Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Profession (décrire votre travail): \_\_\_\_\_ Employeur: \_\_\_\_\_  
N° de la Carte National d'Identité: \_\_\_\_\_

**3. GARANTIES**

Pension pure  Assistance Funéraire (560 FBU pour un capital assuré de 200 000 FBU)  
Pension avec décès  Capital décès = 10 x la cotisation annuelle  
Ages à la retraite: \_\_\_ ans Durée du contrat: \_\_\_ ans  
Date d'effet: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date d'échéance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**4. PRIME/COTISATION**

Montant: \_\_\_\_\_ FBU  
Période: \_\_\_\_\_ : Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle  Unique   
Taux d'indexation: \_\_\_\_\_ ans  
Mode de paiement : Espèce ou chèque  Virement bancaire  Prélèvement sur salaire   
N° de compte \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_  
Banque \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
N° Matricule \_\_\_\_\_

**5. BENEFICIAIRES**

En cas de vie à l'échéance: lui-même  
En cas de décès avant échéance: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

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

Nom et Prénom: \_\_\_\_\_ Signature