

KIMIA DIASPORA

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION AYANT VALEUR DE CONTRAT

Nom du chargé de clientèle	Code du chargé de clientèle

1 – SOUSCRIPTEUR / TITULAIRE DE COMPTE

Nom : Post Nom : Prénom :

2 - PERSONNES ASSUREES

ASSURE PRINCIPAL *L'assuré principal est le souscripteur et doit avoir un âge compris entre 18 ans et 70 ans puis être en vie au jour de la souscription*

Nom : Post Nom : Prénom :
 Date de naissance : Profession : Pays d'origine :
 Adresse : Téléphone : E-mail :
 Code postal : Ville : Pays de résidence :

ASSURE ASSOCIE 1 *L'assuré associé 1 doit avoir un âge compris entre 18 ans et 70 ans puis être en vie au jour de la souscription*

Nom : Post Nom : Prénom :
 Date de naissance : Profession : Pays d'origine :
 Adresse : Téléphone : E-mail :
 Code postal : Ville : Pays de résidence :

ASSURE ASSOCIE 2 *L'assuré associé 2 doit avoir un âge compris entre 18 ans et 70 ans puis être en vie au jour de la souscription*

Nom : Post Nom : Prénom :
 Date de naissance : Profession : Pays d'origine :
 Adresse : Téléphone : E-mail :
 Code postal : Ville : Pays de résidence :

La prime est de 45 \$ par an ou équivalent pour chaque assuré

Nombre de personnes assurés Montant de la prime :
 Bénéficiaire(s) des frais d'obsèques :
 En cas de décès de l'assuré principal :
 En cas de décès d'un assuré associé : **l'Assuré principal susmentionné**
 Auriez-vous des contrats d'assurance ou d'assistance couvrant le rapatriement : Oui Non

3 - Effet et durée du contrat

Date d'effet	Durée du contrat
...../...../20...	1 an ferme

Le bulletin individuel d'adhésion reste toujours valable tant que le souscripteur souhaite renouveler la couverture des assurés désignés ci-dessus et sous réserve que la prime liée au renouvellement soit totalement réglée. Le renouvellement sera subordonné à la volonté manifeste du souscripteur via un accord formel.

4 -Zone Géographique de couverture :

Pays Concernés : Tous les pays du monde entier **sauf République Démocratique du Congo**

5 - Garanties :

COUVERTURE	LIMITES (USD)
Période de carence obligatoire de 30 jours pour toute nouvelle souscription	
EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE DANS SON PAYS DE RESIDENCE	
A. Paiement de Frais funéraires de 1 000 USD (Mille dollars américains).	
B. Rapatriement du corps du bénéficiaire vers son pays d'origine :	15 000 USD
i. Inclut les frais de rapatriement du corps depuis le pays de résidence jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine ou d'adoption du défunt,	
ii. Inclut les frais de soins et de conservation, de chambre funéraire ainsi que les frais de transport et annexes (les dépenses relatives aux démarches administratives, aux vacations de police (taxes) du lieu du décès jusqu'au pays d'origine ou d'adoption du défunt,	
iii. Inclut les frais de transport du corps de l'aéroport international du pays d'origine jusqu'aux services de pompes funèbres pour la conservation.	
C. Mise à disposition d'un titre de transport à un membre de la famille pour accompagner le défunt :	4 000 USD
Un billet d'avion Aller-Retour en classe économique sera pris en charge pour le voyage d'un membre de la famille dans une des options suivantes :	
i. Option 1 : En considérant que l'accompagnateur réside dans le même pays où le bénéficiaire est décédé,	
ii. Option 2 : En considérant que l'accompagnateur réside dans le pays d'origine du bénéficiaire.	
iii. Paiement d'un forfait hébergement pour l'accompagnateur :	
D. Remboursement des dépenses post-mortem :	3 000 USD
Les frais divers engagés par la famille de l'assuré décédé seront remboursés sous réserve de présentation des justificatifs à concurrence de la limite garantie.	

Notes importantes :

- **La période de carence de 30 jours n'est pas appliquée aux assurés déjà en portefeuille et en cours de renouvellement.**
- **Mode de règlement de la prime : prélèvement sur le compte bancaire.**
- **L'assuré déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat qui sont jointes au présent document et les accepte et il déclare donner son accord express à la clause d'arbitrage prévue aux dites conditions.**
- **L'assuré déclare sur l'honneur qu'il ne souffre d'aucune infirmité ni d'aucune maladie grave à la date de signature du contrat**
- **Le présent Bulletin d'Adhésion reste valable tant que la composition des assurés au point 2 ne fait l'objet d'aucune modification et sous réserve que la prime due pour chaque année de couverture soit intégralement payée.**
- **L'assuré principal (souscripteur) autorise RAWBANK à prélever le montant de la prime d'assurance sus indiquée pour bénéficier de la couverture. Cette autorisation vaut aussi accord pour le prélèvement des primes pour les périodes de couverture à venir en cas de volonté manifeste de celui-ci de renouveler le contrat.**

Fait à Kinshasa, Le...../...../.....

Le Souscripteur

Rawsur Life SA

