

formulaire de résiliation pour un contrat d'assurance décès/invalidité

merci de compléter le formulaire, de l'imprimer, le signer et de le renvoyer à

CGPN Sarl
offre : www.mon-assurance-deces.com
BP 50 533
57 009 METZ Cedex 01
FRANCE

VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE :

Souscrit auprès de :

Sous le N°:

Objet: résiliation de mon contrat d'assurance décès

Je vous prie de bien vouloir résilier mon contrat d'assurance décès à la date suivante :

le plus tôt possible

à la date suivante

Civilité : M Mme Melle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal:

Ville :

Pays :

Fait à le

Nom et signature de l'adhérent