

# formulaire de changement d'adresse 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](http://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:** changement d'adresse pour : \_\_\_\_\_

Je vous prie de bien vouloir prendre note de mes nouvelles coordonnées postales  
et d'apporter les modifications nécessaires à mon contrat d'assurance décès.  
Mes nouvelles coordonnées sont :

Civilité :  M  Mme  Melle  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

Merci de procéder au changement à partir du \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
signature de