

formulaire de changement des capitaux assurés pour un contrat d'assurance décès/invalidité

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

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 : changement du capital assuré de mon contrat d'assurance décès

Attention demander une augmentation du capital assuré est soumis à acceptation par la compagnie , un nouvel examen médical est possible

Je vous prie de bien vouloir modifier le montant du capital assuré de la manière suivante :
procéder à une augmentation réduction du montant assuré.

Le nouveau montant désiré est de : € (montant minimum 15 000€, pas de maximum)

Merci de procéder au changement à partir du

ou

le plus tôt possible

Fait à

le

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré)

NOM :

signature de l'assuré

NOM :