

# 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](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 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 :