

DEMANDE DE RÉSILIATION

Votre protection sera annulée rétroactivement, si votre avis de résiliation est reçu à nos bureaux au plus tard 31 jours après la date d'entrée en vigueur de votre nouveau régime d'assurance collective. Veuillez noter que si votre avis est reçu après le délai prescrit, votre protection sera annulée à la date de réception dudit avis.

ASSURÉ (E) PRINCIPAL (E)

Prénom et Nom :

Identification N° :

Police N° : 48C00

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

MOTIF DE LA RÉSILIATION :

NOM DU NOUVEL ASSUREUR :

NOUVEAU NO DE POLICE (OU NOM DE L'EMPLOYEUR) :

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :

RÉSILIATION DE PROTECTION DES PERSONNES À CHARGE

PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Lien avec l'assuré	Motif de la résiliation	Date de terminaison (jj-mm-aaaa)

Signature _____ Date _____

Merci de remplir, signer et nous retourner ce formulaire par le biais de votre espace VIGILIS | Secure.