

Demande de résiliation de police

Nom du preneur : _____

Nom de l'assuré : _____
(si différent du preneur)

Nom du bénéficiaire irrévocable : _____
(si applicable)

Numéro(s) de police(s) : _____

Par la présente, je désire résilier ma/mes police(s) d'assurance. Je comprends que la résiliation prend effet à la date précédant le prochain prélèvement bancaire. Je comprends aussi qu'afin que la perception des primes cesse au moment de la résiliation, l'avis doit parvenir à l'Assureur au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement bancaire. Je comprends qu'aucune prime mensuelle n'est remboursable.

Signature du preneur

Date

Signature du bénéficiaire irrévocable (si applicable)

Date

06-2017