

FORMULAIRE D'ANNULATION

Assurance responsabilité civile et protection PME à domicile

Nom, prénom : _____

Adresse complète : _____ Ville : _____ Code Postal : _____



Téléphone : _____



Courriel : _____

Bureau Coordonnateur (BC) _____

RAISON DE L'ANNULATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assuré ailleurs | <input type="checkbox"/> Révocation
<i>Précisez : _____</i> |
| <input type="checkbox"/> Changement de carrière | <input type="checkbox"/> Suspension de reconnaissance
<i>Précisez : _____</i> |
| <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Autres raisons
<i>Précisez : _____</i> |
| <input type="checkbox"/> Décès – <i>joindre le certificat de décès</i> | |
| <input type="checkbox"/> Devenue privée | |
| <input type="checkbox"/> Maternité | |
| <input type="checkbox"/> Maladie | |

Veillez prendre note que vous devrez nous contacter pour adhérer de nouveau à l'assurance lors de la réouverture de votre service de garde

Avez-vous une réclamation en cours de traitement? Oui Non

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE :

- ✓ La résiliation sera faite à la date ci-dessous;
- ✓ Si la date de résiliation est antérieure à plus de 30 jours, celle-ci sera effectuée à la date de réception du document.

Signature de la RSE

Date

Veillez remplir, signer et nous retourner ce formulaire par la poste, par courriel ou télécopieur.