



## Résiliation

Nous vous rappelons que vous avez la possibilité de résilier votre police à la fin de chaque mois si vos circonstances changent.

Si vous souhaitez annuler votre assurance chez nous, veuillez nous envoyer le coupon ci-dessous, dûment complété, à :

**ARTEX INSURANCE BROKERS (MALTA) PCC LIMITED – AMARIZ CELL  
THE LANDMARK LEVEL 1, SUITE 2,  
TRIQ L-ILJUN,  
QORMI,  
QRM 3800,  
MALTE**

Mail : [info@amariz.eu](mailto:info@amariz.eu)



### RESILIATION

Je soussigné(e) : .....(Nom et Prénom),  
né(e) le : .....et  
demeurant : .....

.....  
déclare résilier ma police AMARIZ SANTE référence .....  
à effet du ..... / ..... / ..... (au plus tôt à la fin du mois de réception de votre demande)

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature.....

Motif de résiliation .....(facultatif)

Je souhaite conserver ma garantie COMPLEMENTAIRE MALADIE

Je souhaite recevoir un devis pour l'option COMPLEMENTAIRE MALADIE