AMARIZ

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 (EUROPE) PCC LIMITED – AMARIZ CELL
THE LANDMARK LEVEL 1, SUITE 2,
TRIQ L-ILJUN,
QORMI,
QRM 3800,
MALTE

Mail : 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**