



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**

E-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