

TYPE DE DEMANDE

Nouvelle périodicité de paiement

EXPEDITEUR

Nom

Prénom

Je suis preneur du contrat suivant :

Je vous prie par la présente de prendre note de mon souhait de modifier la périodicité du paiement de mes primes. Je souhaite dorénavant payer mes primes :

mensuellement

trimestriellement

semestriellement

annuellement

J'ai bien noté que ce changement peut modifier légèrement le montant de ma prime (ou des prestations assurées). Ceci me sera confirmé par Delta Lloyd Life au moyen d'un avenant au contrat, qui reprendra également la date de prise d'effet de cette nouvelle périodicité de paiement.

Je renvoie ce document **signé**,

sous enveloppe à :

ou par e-mail à :

Delta Lloyd Life, avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles,
info@deltalloydlife.be

Pour toute question relative à cette demande, Delta Lloyd Life peut me joindre au numéro suivant :

Date :

Signature :