

TYPE DE DEMANDE

Arrêt de paiement

EXPEDITEUR

Nom _____

Prénom _____

Je suis preneur du contrat suivant : _____

Je vous informe par la présente que j'arrête le paiement des primes de mon contrat ci-dessus.

J'ai bien noté que cet arrêt de paiement aura un impact sur le montant de mes garanties.

Je renvoie ce document **signé**,

sous enveloppe à :

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

ou par e-mail à :

accompagné d'une copie recto verso (lisible) de ma carte d'identité.

Attention :

- si le bénéficiaire du contrat a été accepté, il convient que les bénéficiaires acceptants signent également ce document pour accord, et fournissent une copie de leur carte d'identité ainsi qu'une preuve d'adresse ;
- si le contrat a été mis en gage, un accord du créancier gagiste est nécessaire.

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

Date :

_____ / _____ / 20_____

Signature : _____