Formulaire d'annulation

Assurances responsabilité civile et protection PME à domicile

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville et code postal : _____

Téléphone: _____ Courriel : _____

Bureau coordonnateur (BC): _____

Raison de l'annulation du contrat d'assurance	
☐ *Assurée ailleurs* ☐ *Changement de carrière* ☐ *Retraite* ☐ *Décès – joindre le certificat de décès* ☐ *Devenue privée* ☐ *Maternité* ☐ *Maladie*	☐ Révocation *Précisez* : _____ ☐ Suspension de reconnaissance *Précisez* : _____ ☐ Autre, *Précisez*: _____
Veuillez prendre note que vous devrez nous contacter pour adhérer de nouveau à l'assurance lors de la réouverture de votre service de garde.	
Avez-vous une réclamation en cours de traitement?	**☐ OUI ☐ NON**

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE :

- ✓ La résiliation sera faite à la date ci-dessous;
- ✓ Si la date de résiliation est antérieure à plus de 30 jours, celle-ci sera effectuée à la date de réception du document.

Je demande la résiliation complète de mon certificat « no de client : 09-_____» de ses avenants, de ses renouvellements s'il y a lieu.

_____ _____

Signature ***Date d'annulation***

VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ
PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU TÉLÉCOPIEUR À L'ADRESSE SUIVANTE :

Regroupement des CPE Côte-Nord
810, rue Bossé, bur. 201, Baie-Comeau Qc G5C 1L6
Télécopieur : 418-295-1467, Courriel : assurances@rcpecn.com