

Document à compléter et à faire parvenir signé à ASSURAX fax.: +32 (0)3 830 59 16 ou à renvoyer à ASSURAX Sint Bernardsesteenweg 1148, 2600 Hoboken

RECOMMANDE

A la direction de la compagnie
d'assurance

Voyez carte verte

Date,

Preneur d'assurance	Domicile	Numero de Contract	Échéance annuelle
<i>Nom + prénom</i>	<i>Rue, nr, code postal, commune</i>	<i>Voyez carte verte</i>	

Soussigné donne par la présente le mandat exclusif à **ASSURAX** producteur n. de prendre la gestion du contrat susmentionné afin d'adapter ou éventuellement de renouveler ce contrat ou tout autre qui l'aurait remplacé.

En outre le soussigné renonce à la continuation de ce contrat à l'échéance suivante afin d'effectuer le transfert de la commission à l'intermédiaire susmentionné. Ce contrat maintient les mêmes conditions ainsi que la même prime auprès de votre compagnie.

Veuillez accepter nos salutations distinguées.

Fait à _____, le _____

Signature