

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHANGEMENTS DU CONTRAT PAR

Raison Sociale (Nom) :

No de Police :

### TYPE DE CHANGEMENTS DÉSIRÉS:

Mise à jour Coordonnées

Changement de durée

Changement de Fractionnement

### MISE A JOUR COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Raison Sociale (Nom) :

Identification (NIF) :

Adresse :

Département :

Ville :

Code postale :

E-mail :

Téléphone Principale :

Type d'institutions :

(Société Anonyme, Société en Nom collectif, société individuelle, ONG, Association, Fondation, organisme / Institution Publique)

Secteur d'activités :

### REPRESENTANT LÉGAL:

Nom/Prénom :

Téléphone :

E-mail :

### PERSONNE DE CONTACT

Nom/Prénom :

Téléphone :

E-mail :

### CHANGEMENT DE DURÉE

Veuillez préciser la durée de votre contrat

Ancienne durée :

Nouvelle durée :

5 Ans

10 Ans

5 Ans

10 Ans

---

 Signature du Souscripteur  
 (Signataire du Contrat)

## CHANGEMENT DE FRACTIONNEMENT

**Veillez préciser le fractionnement de votre contrat**

**Ancien Fractionnement :**

**Mensuel**

**Trimestriel**

**Semestriel**

**Annuel**

**Nouveau Fractionnement :**

**Mensuel**

**Trimestriel**

**Semestriel**

**Annuel**

## COMMENTAIRES MISE A JOUR

**Veillez préciser la raison d'être de votre demande**

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

**Je certifie et confirme que les informations fournies dans le cadre de ma demande ci-dessus sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration ou omission de ma part pourrait entraîner des conséquences graves, y compris la nullité du contrat d'assurance et le refus de prise en charge de mes réclamations.**

**Je m'engage à informer immédiatement mon assureur de tout changement concernant les informations fournies.**

*Veillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à [vie@aic.ht](mailto:vie@aic.ht).*

**Fait à :**

**Le :**

*JJ - MM - AAAA*

---

**Signature du Souscripteur**  
(Signataire du Contrat)