



**ATTESTATION de MAIN LEVEE  
de DELEGATIONS d ASSURANCES par la BANQUE**

Je soussigné.....

Qualité.....

Nom et Adresse de la Banque  
.....  
.....  
.....

Certifie et atteste que notre établissement autorise la résiliation de la  
délégation d'assurance du (des)  
- Contrat N°.....  
- Contrat N°.....

garantie(s) par la compagnie .....

concernant l'assurance Décès Invalidité-Arrêt de travail de  
Mr.....  
Mlle – Mme.....

Pour le (les) prêt(s) que nous leur avons accordé et à effet du .....

Date

Signature

Tampon