



Assurances sociales pour indépendants

## Déclaration

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

agissant en qualité de.....

certifie que depuis le.....

Monsieur / Madame .....

domicilié(e) à

- n'a plus que la gestion passive de son portefeuille ;
- ne réalise plus de nouveaux contrats ;
- ne perçoit plus les primes ;
- ne règle plus les sinistres ;
- perçoit uniquement les commissions, sur le rendement prolongé des opérations faites au temps de son activité.

Date + cachet + signature.

A FAIRE COMPLETER PAR TOUTES LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, POUR  
LESQUELLES VOUS REALISIEZ DES CONTRATS.

PARTENA

Assurances sociales pour indépendants

PARTENA

Assurances sociales pour indépendants