

Prénom /Nom :

Dakar, le

Banque : Agence :

N° Compte :

Adresse :

Mail :

Tél :

Code produit :

N° Adhérent :

**Madame la Directrice Générale
Allianz Sénégal Assurances Vie
Standard : 33 849 44 00
Fax : 33 823 19 54
BP 2610**

DAKAR

OBJET: *Demande de diminution du montant de cotisation*

Madame ,

Je viens par cette présente lettre, solliciter la diminution du montant de ma cotisation. Je souhaite que le nouveau montant soit de FCFA à partir de la fin du mois de

Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

L'Intéressé(e)