



DEMANDE D'ASSURANCE LIBÉRÉE RÉDUITE

Police N° : _____

Nom de l'assuré : _____

Adresse : _____

Date d'établissement : _____

J'abandonne par la présente à la Compagnie la police mentionnée ci-dessus. Je demande qu'une assurance libérée réduite me soit émise en substitution à cette dernière conformément à la clause de mon contrat.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____
Témoïn

X _____
Signature du propriétaire

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable*

* Si le bénéficiaire désigné sur la police est irrévocable, sa signature est requise pour procéder à une demande d'assurance libérée réduite