

**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