

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

A A A A M M J J

Date de naissance

Numéros de contrats : |

☐ Je demande par la présente une révision de la surprime concernant le ou les contrats susmentionnés.☐ Je demande par la présente une révision de l'exclusion concernant le ou les contrats susmentionnés.**Important : Veuillez remplir et joindre le formulaire « Déclarations d'assurabilité » incluant l'autorisation médicale.**

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du preneur 1

X

Signature du preneur 2

X

Signature de l'assuré ou de son tuteur légal si l'assuré a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Nom du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.