

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nom de l'assuré		Prénom de l'assuré	
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année	Mois	Jour
Numéros de contrats :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 _____ .



Signature du preneur 1



Signature du preneur 2



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)