

Nom et prénom de l'assuré :	
Numéro de contrat :	

Information relative à votre demande de remboursement de prime

Nous désirons vous informer que votre demande sera soumise à notre département de l'actuariat pour effectuer la compilation des primes et des réclamations soumises durant la période en vigueur de votre contrat.

De plus, étant donné que le calcul tient compte des réclamations effectuées de votre part, nous devons nous assurer qu'aucune réclamation ne sera soumise pendant le traitement de votre demande.

Partie à compléter

Je confirme qu'aucune demande de réclamations ne sera soumise au-delà de la date de demande de résiliation de mon contrat.

De plus, considérant que je désire retirer la protection de remboursement de prime, je comprends que l'assureur appliquera les termes et conditions du contrat d'assurance selon les modalités de remboursement applicable à mon contrat.

Une fois le formulaire complété, veuillez nous le retourner dans l'enveloppe retour prévue à cette fin.

DATE À LAQUELLE VOUS DEMANDEZ LA RÉSILIATION	
---	--

Date : _____

Signature : _____