

**DEMANDE DE MODIFICATION  
DIMINUTION DU CAPITAL ASSURÉ**

<b>Nom</b> de l'assurée	<b>Prénom</b>
Adresse complète	
No de téléphone	No de contrat/police
<b>Nom</b> du titulaire (preneur, propriétaire ou adhérent) <i>Si autre que l'assurée</i>	<b>Prénom</b>

**Je soussigné désire diminuer le capital assuré de ma police.**

Diminution du capital assuré de	\$	à		\$
---------------------------------	----	---	--	----

Signé à (ville, province)	Date de la signature : AAAA/MM/JJ
Signature du titulaire du contrat ou assurée	

<b>CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE :</b>	
Je consens à ce que le capital assuré soit diminué.	
Signé à (ville, province)	Date de la signature : JJ/MM/AAAA
<b>X</b>	
Signature du bénéficiaire irrévocable	

**N.B. Viaction Assurance n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou la légalité de cette demande et n'est pas tenue d'y donner suite avant d'avoir reçue l'original.**