divitias conseil et patrimoine

Compte Epargne Plus

DEMANDE DE REDUCTION DE COTISATIONS

Le .....

Le Client soussigné |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom - Prénom

Police Compte Epargne Plus |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Numéro

Demande que La cotisation du contrat ci-dessus soit réduite à .....€.

Par mois ❐ trimestre ❐ semestre ❐ an ❐

* Cocher la case correspondant à votre choix

L'ADHERENT

L'ASSURE
Si différent de l'adhérent
ou deuxième titulaire
en cas de compte joint