

À remplir seulement si vous souhaitez apporter une modification au régime accident maladie que vous détenez.

Nom

Prénom

Numéro de certificat SSQ

- J'ai 65 ans ou plus**, je détiens le régime accident maladie de base et je souhaite augmenter ma protection au régime enrichi.
Le changement entrera en vigueur **le 1^{er} juillet 2019**. Ce formulaire doit être retourné **au plus tard le 30 juin 2019**.
- J'ai moins de 65 ans**, je détiens le régime accident maladie enrichi et je souhaite diminuer ma protection au régime de base.
Le changement entrera en vigueur **à la date de la demande**.

Signature de la personne adhérente

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Veuillez retourner ce formulaire en utilisant l'une des méthodes de transmission suivantes :

par la poste : SSQ Assurance
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, succ Ste-Foy
Québec, (QC) G1V 4H6

par courriel : client-privilege@ssq.ca

par télécopieur : 1 866 333-7503