

Formulaire de changement - campagne spéciale DATE LIMITE 31 mars 2026

Retraités du personnel d'encadrement des
secteurs public et parapublic du Québec
Contrat Y9999-R

✓ Je souhaite augmenter ma couverture d'assurance accident maladie du
régime de BASE vers le régime INTERMÉDIAIRE.

Si vous souhaitez conserver le régime de base, vous n'avez rien à faire.

| | | | | | |
|------------------|---------|--------|-------------|----------------------|--|
| Nom | | Prénom | | Numéro de certificat | |
| App. | No, rue | | Ville | | |
| Province | | | Code postal | | |
| Adresse courriel | | | | | |

Le régime intermédiaire entrera en vigueur le 1^{er} du mois suivant la date de réception de votre demande par Beneva.

Signature de la personne retraitée

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

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

Par courriel

Numérisez ce formulaire dûment
rempli et retournez-le à
l'adresse suivante :

retraite-public@beneva.ca

N'envoyez pas de questions à
cette adresse, elles ne seront pas
répondues. Pour envoi
électronique des formulaires
uniquement.

Par la poste

Retournez votre formulaire
dûment rempli au :

2525 boul. Laurier, c.p. 10500
succ. Sainte-Foy
Québec QC G1V 4H6

Par télécopieur

1 866 333-7503