

**I - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI DEMANDE LA DIMINUTION**

Nom :	<input type="checkbox"/> payeur <input type="checkbox"/> assuré(e)
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	Tél. :
Si c'est le payeur qui demande la diminution, <b>signature du payeur</b> : <b>X</b>	

**2 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE  MÊME QUE CI-DESSUS OU :**

Nom :	
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	Tél. :
N° de dossier : _____ Produit(s) à diminuer : <input type="checkbox"/> Complément + <input type="checkbox"/> Complément + 60 <input type="checkbox"/> Décès accidentel	

**3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ASSURANCE ET CHANGEMENT(S) À EFFECTUER**

**Produit :**  Complément +  Complément + 60  Décès accidentel

**Protection actuelle :**  000 \$  000 \$  000 \$

Je soussigné(e), désire diminuer le montant de mon assurance vie et/ou décès accidentel à :

**Assurance vie désirée :**  000 \$

**Assurance décès accidentel désirée :**  000 \$

**4 - DATE DE PRISE D'EFFET**

**La diminution de l'assurance vie prendra effet :**

- à la date de réception du présent formulaire au bureau de la SSJB de la Mauricie
- à la date de renouvellement de l'assurance

Notez que si la diminution est demandée alors qu'un prélèvement automatisé, total ou partiel, est prévu pour le paiement de la prime, le formulaire de demande de diminution devra nous parvenir **au minimum cinq (5) jours ouvrables avant** la date prévue pour le prélèvement.

**5 - SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE**

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature de la personne assurée ou du preneur si enfant mineur** **Date (jj-mm-aaaa)**

*Veuillez retourner ce formulaire par la poste à :*

**SSJB de la Mauricie, 3239, rue Papineau, Trois-Rivières (Québec) G8Z 1P4**  
*Pour nous joindre : 819 375-4881, option 1 ou par courriel : info@complementplus.com*