DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

IMPORTANT: ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

N° de contrat : _____ — _____
n° groupe — n° certificat

Nom et prénom de l'adhérent : _____

Adresse domiciliaire **complète** : _____

_____ Code postal

Téléphone : résidence : ( ) - travail : ( ) -

Bénéficiaire

La somme assurée sera payable à ma succession ◯

OU

Je désigne comme bénéficiaire à mon décès :

Nom(s) du(des) bénéficiaire(s) : _____

_____

Lien de parenté avec la personne adhérente

◯ Conjoint(e) légal(e) ◯ Conjoint(e) de fait ◯ Conjoint(e) légal(e) et fils-filles

◯ Conjoint(e) de fait et fils-filles ◯ Fils-filles ◯ Père-mère ◯ Frères-soeurs ◯ Autre

Je choisis le statut * :

◯ Révocable (la désignation peut être changée en tout temps)

◯ Irrévocable (la désignation peut être changée seulement avec le consentement écrit du ou des bénéficiaire(s) nommé(s) irrévocable(s)

*Au Québec, en l'absence de choix d'un statut, la désignation du conjoint légal sera inscrite irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire sera inscrite révocable.

Date A M J Signature de l'adhérent(e) _____

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Édifice SSQ
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, succ. Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
Téléphone : 1 877 651-8080

FEC273F (2020-04)