

À REMPLIR ET À RETOURNER À SSQ SEULEMENT SI L'ADHÉRENT DÉTIENT UNE PROTECTION D'ASSURANCE VIE

**IMPORTANT: ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**

N.A.S. : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

n° groupe

n° certificat

Nom et prénom de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Adresse domiciliaire **complète** : \_\_\_\_\_

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

Code postal

Je, soussigné(e), désigne comme bénéficiaire en cas de décès :

« Succession de l'adhérent »  ou

Le(s) bénéficiaire(s) spécifique(s) suivant(s) :

Nom

Prénom

Lien de parenté

LE BÉNÉFICIAIRE NOMMÉ CI-HAUT EST : (cochez une seule case)

RÉVOCABLE  (peut être changé en tout temps)

ou

IRRÉVOCABLE  (ne peut pas être changé sauf si l'adhérent obtient le consentement écrit du bénéficiaire nommé de façon irrévocable)

N.B. : Au Québec, en l'absence de choix à cette dernière question, la désignation du conjoint légal est **IRRÉVOCABLE** et la désignation de tout autre bénéficiaire est **RÉVOCABLE**.

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent(e) \_\_\_\_\_