

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** : __________
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 _____ Signature de l'adhérent(e) _____