

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

1. IDENTIFICATION

Police N° **14A00** N° de client Sogedent | | | | | | | | | |

Nom de l'adhérent _____ Prénom de l'adhérent _____

2. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Garantie	Nom(s) et prénom(s)	Date de naissance (si bénéficiaire mineur)	Lien avec l'adhérent	Parts en %	Veillez cocher
<input type="checkbox"/> A0 <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AP Assurance vie adhérent		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> AS1 <input type="checkbox"/> AP1 Assurance vie associé		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> AS2 <input type="checkbox"/> AP2 Assurance vie prêt		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
B) Assurance décès ou mutilation accidentels (D.M.A)		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> ES1 <input type="checkbox"/> EP1 Assurance vie et D.M.A du conjoint et des enfants à charge		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		A , A , A , A M , M J , J			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Au Québec, si vous n'indiquez pas votre choix entre révocable ou irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable. Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée aux héritiers légaux.

Bénéficiaire révocable : La désignation peut être modifiée sans le consentement du bénéficiaire.

Bénéficiaire irrévocable : La désignation NE PEUT PAS être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire. Veuillez remplir la section 3, ci-dessous. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra être modifiée avant sa majorité.

3. RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) (À remplir seulement si le bénéficiaire préalablement nommé est irrévocable).

Nom et prénom _____ Lien avec l'adhérent _____

RENONCIATION – Je soussigné(e) renonce à tous droits, titres et intérêts que me conférerait le certificat mentionné ci-dessus.

Signature du bénéficiaire révoqué _____ Date _____

4. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (À remplir seulement si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité).

Je désigne la personne dont le nom paraît ci-dessous à titre de fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité ou qui n'a pas les capacités légales pour donner quittance. Je déclare que la quittance dudit fiduciaire constitue pour SSQ Groupe financier une quittance valable relativement à la somme versée.

Nom et prénom du fiduciaire _____ N° d'assurance sociale _____

Signature de l'adhérent _____ Date _____

5. DÉCLARATION ET SIGNATURE

Par la présente, **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

Signature de l'adhérent _____ Date _____