

INSTRUCTIONS

Le présent formulaire doit être dûment rempli, signé et transmis à SSQ, Société d'assurance inc. Une copie de ce formulaire sera remise au(x) nouveau(x) propriétaire(s) avec une lettre de confirmation.

Numéro de contrat	Nom(s) du(des) propriétaire(s) actuel(s)	Nom du(des) assuré(s)
	1. _____	1. _____
	2. _____	2. _____

Désignation du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s) – Assurance vie, Avenant Maladies graves, Assurance maladies graves

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues en cas de décès de l'assuré en vertu des couvertures.
- Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, veuillez indiquer la répartition en pourcentage. Le total des parts doit donner 100 %. Si la répartition en pourcentage n'est pas fournie, les sommes payables seront réparties en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.
- Les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec toutefois, si le conjoint auquel le propriétaire est marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable.
- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle. Non applicable au Québec.
- Au Québec, le parent survivant est toujours le tuteur de l'enfant, à moins d'avis contraire dans un jugement de la Cour.
- Si des enfants mineurs sont désignés à titre irrévocable, nous devons obtenir une ordonnance de la Cour ou attendre leur majorité avant d'effectuer toute demande de modification au contrat, tels que retrait partiel, prêt, rachat et autres changements connexes.

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

Assuré 1	Assuré 2
_____ %	_____ %
Prénom et nom du bénéficiaire 1 Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Prénom et nom du bénéficiaire 1 Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
_____ %	_____ %
Prénom et nom du bénéficiaire 2 Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Prénom et nom du bénéficiaire 2 Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
_____ %	_____ %
Bénéficiaire subsidiaire 1 (En cas de décès du bénéficiaire 1 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Bénéficiaire subsidiaire 1 (En cas de décès du bénéficiaire 1 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
_____ %	_____ %
Bénéficiaire subsidiaire 2 (En cas de décès du bénéficiaire 2 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Bénéficiaire subsidiaire 2 (En cas de décès du bénéficiaire 2 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Bénéficiaire(s) pour l'Avenant maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) pour l'Avenant maladies graves.

Assuré 1	Assuré 2
<hr/> Prénom et nom du bénéficiaire Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	<hr/> Prénom et nom du bénéficiaire Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Bénéficiaire(s) pour l'assurance maladies graves

– En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa(leurs) succession(s), selon le cas.

Assuré 1	Assuré 2
<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie de maladies graves Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie de maladies graves Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie RDP au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie RDP au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie RDP au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	<hr/> Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie RDP au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle. Non applicable au Québec. Si une fiducie est constituée, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Nom au complet du fiduciaire

Lien avec l'assuré

Propriétaire(s)– documents requis et signatures

Documents requis

Si le propriétaire actuel est une **PERSONNE MORALE OU UNE ENTITÉ** :

- veuillez joindre le registre des entreprises, lorsque la structure de la personne morale ou de l'entité est simple, c.-à-d. un ou deux actionnaire(s) et/ou administrateur(s); autrement,
- veuillez joindre une résolution confirmant les personnes autorisées à lier la personne morale (corporation) ou l'entité lorsque la structure est complexe ou si elle comprend plusieurs intermédiaires, actionnaires et/ou administrateurs.

Si le propriétaire actuel est une **FIDUCIE** :

- veuillez joindre l'acte de fiducie ou un document équivalent (p. ex., le testament) confirmant les fiduciaires, bénéficiaires ou constituants de la fiducie ainsi que la décision des fiduciaires.

Il est à noter que la décision des fiduciaires de la fiducie n'est pas requise lorsque tous les fiduciaires signent ce formulaire. Par contre, dans les cas où l'Acte de fiducie prévoit un nombre requis de fiduciaires pour prendre une décision, SSQ doit avoir obtenu une décision signée par le nombre requis de fiduciaires et suivant les modalités prescrites à l'acte de fiducie. S'il n'y a aucune mention dans l'acte de fiducie, la décision doit être prise par la majorité des fiduciaires et l'un des fiduciaires majoritaires ne doit pas être un bénéficiaire de la fiducie.

Si le propriétaire actuel est une **SUCCESSION** :

- veuillez joindre une copie du certificat de décès et du dernier testament de la personne décédée.

Si le propriétaire actuel est inapte à signer, une copie du jugement de la Cour et du mandat d'inaptitude homologué est requise.

Consentements et signatures

En signant ci-dessous :

- vous révoquez les désignations des bénéficiaires, des héritiers légaux ou de(s) propriétaire(s) subrogé(s) actuel(s).

1. X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur | Date

2. X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur | Date

Signature du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (si applicable)

Si le bénéficiaire est irrévocable, sa signature est exigée. En signant ci-dessous, les bénéficiaires irrévocables consentent au présent changement et renoncent à leurs droits dans le contrat dont le numéro figure aux présentes.

Je(nous) soussigné(s) consens(tons) à être révoqué(s) comme bénéficiaire(s) irrévocable(s) de ce contrat.

_____ X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Nom du bénéficiaire irrévocable | Signature du bénéficiaire irrévocable | Date

_____ X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Nom du témoin | Signature du témoin | Date

Si le(s) bénéficiaire(s) révoqué(s) est (sont) décédé(s) et qu'il(s) était(aient) irrévocable(s), joindre son(leurs) certificat(s) de décès.

Si la signature du bénéficiaire irrévocable ne peut être obtenue, veuillez joindre une copie du jugement de divorce ainsi que la convention sur mesures accessoires, le cas échéant.

Si la signature du bénéficiaire irrévocable ne peut être obtenue puisqu'il s'agit d'enfant mineur, une ordonnance de la Cour est exigée.

Consentement du syndic de faillite (si applicable)

Si vous êtes libéré de la faillite, veuillez joindre une copie de la libération. À défaut d'avoir été libéré de la faillite, le consentement du syndic est requis.

_____ | _____ |
Nom et titre de la personne autorisée (syndic) | Numéro de téléphone

X _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
Signature de la personne autorisée | Date

IMPORTANT : ce changement est enregistré par SSQ, société d'assurance inc. qui n'assume aucune responsabilité quant à sa validité, convenance ou légalité