

## 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. _____ 2. _____	1. _____ 2. _____

### Désignation du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s) – A - Assurance vie, B - Avenant Maladies graves, C - Assurance maladies graves

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues lorsqu'elles deviennent payables 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.

### A - Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

Assuré 1	Assuré 2
_____ %	_____ %
<b>Prénom et nom du bénéficiaire 1</b> 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	<b>Prénom et nom du bénéficiaire 1</b> 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
_____ %	_____ %
<b>Prénom et nom du bénéficiaire 2</b> 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	<b>Prénom et nom du bénéficiaire 2</b> 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
_____ %	_____ %
<b>Prénom et nom du bénéficiaire 3</b> 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	<b>Prénom et nom du bénéficiaire 3</b> 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
_____ %	_____ %
<b>Prénom et nom du bénéficiaire 4</b> 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	<b>Prénom et nom du bénéficiaire 4</b> 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) subsidiaire(s) pour l'assurance vie**

Assuré 1	Assuré 2
<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 1</b> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 1</b> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 2</b> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 2</b> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 3</b> (En cas de décès du bénéficiaire 3 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 3</b> (En cas de décès du bénéficiaire 3 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 4</b> (En cas de décès du bénéficiaire 4 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p><b>Bénéficiaire subsidiaire 4</b> (En cas de décès du bénéficiaire 4 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait  <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement  <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

**B - Bénéficiaire(s) pour l'Avenant maladies graves**

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

**C - Bénéficiaire(s) pour l'assurance maladies graves**

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

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

