

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. _____

**Directives :**

Le(s) nouveau(x) propriétaire(s) du contrat doit compléter les sections A, B, C ou D, selon le type de transfert de propriété.

- A – Transfert de propriété en faveur d'un **INDIVIDU**.  
 → Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, les sections A2, A3 et A4 sont obligatoires pour chaque nouveau propriétaire.
- B – Transfert de propriété en faveur d'une **PERSONNE MORALE (CORPORATION) OU AUTRE TYPE D'ENTITÉ**.  
 → Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.
- C – Transfert de propriété en faveur d'une **FIDUCIE OU SUCCESSION**.  
 → Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.
- D – Transfert de propriété en faveur d'un **ORGANISME SANS BUT LUCRATIF**.  
 → Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est obligatoire.

**Les sections ci-dessous doivent également être complétées.**

- E – Propriétaire subsidiaire/successeur (si applicable)
- F – Propriétaire(s) actuel(s) – déclarations, documents requis, consentements et signatures
- G – Signature du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (si applicable)
- H – Consentement du(des) créancier(s) (si applicable)
- I – Consentement du syndic de faillite (si applicable)
- J – Paiement des primes
- K – Détermination de l'existence d'un tiers
- L – Désignation(s) du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s)
- M – Nouveau(x) propriétaire(s) – Déclarations, consentements et signatures
- N – Déclaration du conseiller en sécurité financière/représentant
- O – Débits préautorisés (si applicable)

**A – NOUVEAU(X) PROPRIÉTAIRE(S):** Veuillez compléter la section appropriée selon le type de nouveau propriétaire

**A** - INDIVIDU    **B** - PERSONNE MORALE (CORPORATION) OU AUTRE ENTITÉ    **C** - FIDUCIE OU SUCCESSION    **D** - ORGANISME SANS BUT LUCRATIF

A1 – Individu propriétaire 1	A1 – Individu propriétaire 2																
_____	_____																
Nom du nouveau propriétaire 1	Nom du nouveau propriétaire 2																
_____	_____																
<b>Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité</b> (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)	<b>Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité</b> (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)																
_____	_____																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td> <td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td><td style="width: 25%;">A</td> <td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">M</td><td style="width: 25%;">J</td><td style="width: 25%;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J										
A	A	A	A	M	M	J	J										
Date de naissance	Date de naissance																
_____	_____																
Lien avec l'assuré	Lien avec l'assuré																
<b>Adresse résidentielle complète</b>																	
_____	_____																
Numéro civique et nom de la rue	Numéro civique et nom de la rue																
App.	App.																
_____	_____																
Ville	Ville																
_____	_____																
Province	Province																
_____	_____																
Code postal	Code postal																
_____	_____																
Téléphone (résidence)	Téléphone (résidence)																
_____	_____																
Téléphone (cellulaire)	Téléphone (cellulaire)																

## Assurance vie entière et assurance vie universelle : Remplir les sections A2, A3 et A4 (obligatoires pour chaque nouveau propriétaire)

### A2 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à SSQ, Société d'assurance inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration deviennent incomplets ou inexacts (p. ex., changement de compte bancaire, de numéro de téléphone et/ou d'adresse dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, ou encore, tout changement pouvant remettre en question le statut du compte aux fins de l'impôt).

Propriétaire 1	Propriétaire 2
<b>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</b> <input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → <b>Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F)</i> est obligatoire.</b> <input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt → <b>Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F)</i> est obligatoire.</b>	<b>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</b> <input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → <b>Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F)</i> est obligatoire.</b> <input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt → <b>Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F)</i> est obligatoire.</b>

### A3 – Identité du(des) propriétaire(s)

Cette section doit être complétée par le conseiller en sécurité financière/représentant. Dans le cas où celui-ci n'est pas présent, ne pas remplir cette section.

Le conseiller en sécurité financière/représentant doit :

- vérifier l'identité de chaque propriétaire, tel que requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi);
- examiner le document applicable pour cette personne (le document doit être une pièce d'identité avec photo délivrée par un gouvernement). Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance-maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. Dans les provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard, l'utilisation d'une carte d'assurance-maladie est interdite à des fins d'identification;
- indiquer, pour chaque propriétaire, le type de document, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité ne doit pas être périmé. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché, veuillez préciser le type de document qui a été vérifié.

Propriétaire 1	Propriétaire 2																
<b>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</b> Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</b> <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____	<b>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</b> Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</b> <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo <input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____																
_____ Numéro du document	_____ Numéro du document																
_____ Territoire de compétence	_____ Territoire de compétence																
<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Date d'expiration du document	A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Date d'expiration du document	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J										
A	A	A	A	M	M	J	J										
_____ NAS*	_____ NAS*																

\* Numéro d'assurance sociale (NAS) nécessaire pour fins fiscales (applicable aux produits d'assurance vie entière et vie universelle).

### A4 – But de l'assurance

#### Assurance personnelle

- Protection du revenu/prêts  Protection de la succession  Dons de charité

#### Assurance commerciale

- Achat/vente  Garantie d'emprunt (précisez le montant : \_\_\_\_\_ \$)  Planification successorale  
 Protection personne-clé  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## B – Personne morale (corporation) et autre type d'entité

Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Dénomination sociale complète de la personne morale ou autre entité

Nature de l'entreprise (ou principale activité)

Lien entre le nouveau propriétaire et l'assuré

Adresse complète

Nom et prénom de l'administrateur 1

Nom et prénom de l'administrateur 2

Nom et prénom de l'administrateur 3

Nom et prénom de l'administrateur 4

## C – Fiducie et succession

Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Nom de la fiducie ou de la succession

Lien entre la fiducie ou la succession et l'assuré

Adresse complète

Nom et prénom de tous les fiduciaires, bénéficiaires et constituants de la fiducie, OU tous les liquidateurs et bénéficiaires de la succession *	Adresse complète	Profession
1.		
2.		
3.		
4.		

\* Cette sous-section ne doit pas être remplie lorsque le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F) est requis.

## D – Organisme sans but lucratif

Dans le cas d'une assurance vie entière et d'une assurance vie universelle, veuillez également remplir le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Nom de l'organisme

Adresse complète

Lien entre l'organisme et l'assuré

Est-ce que l'organisme sollicite le public pour obtenir des dons en argent?  Oui  Non

Quelle est l'activité principale de l'organisme? \_\_\_\_\_

Le propriétaire est-il un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence de revenu du Canada (ARC)?

Oui → Si OUI, indiquez son numéro d'enregistrement auprès de l'ARC : \_\_\_\_\_  Non

## E – Titulaire subsidiaire

Au décès d'un propriétaire, les droits et intérêts du propriétaire décédé dans le contrat seront transférés au propriétaire subsidiaire / successeur nommé dans cette section.

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 2

Lien avec l'assuré

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Lien avec l'assuré

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

### Déclarations et signatures

- vous déclarez que tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts et complets.
- dans le cas d'une personne morale (corporation) ou autre entité, fiducie ou succession, veuillez vous référer à la section H du présent formulaire pour déterminer les documents requis selon le type d'entité.

X

Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur\*

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

X

Signature du propriétaire, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur\*

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

- \* La signature du **nouveau propriétaire** est requise lorsque la nomination du titulaire successeur est demandée avec le transfert de propriété.  
La signature du **propriétaire actuel** est requise lorsque la demande est uniquement pour la nomination d'un titulaire subsidiaire.

## F – Propriétaire(s) actuel(s) – déclarations, documents requis, consentements et signatures

### Déclarations

Le changement de propriété d'un contrat peut avoir des incidences fiscales, telle la perte du traitement fiscal préférentiel ou un gain sur transfert.

La Loi de l'impôt sur le revenu renferme les définitions avec et sans lien de dépendance qui sont trop exhaustives pour être reproduite intégralement dans le présent formulaire. Afin de permettre à SSQ, Société d'assurance inc. de déterminer s'il y a des incidences fiscales, veuillez compléter les informations ci-dessous. S'il y a une incidence fiscale, un feuillet T5 et un relevé 3 (Québec) seront expédiés à l'ancien propriétaire demandant le transfert de propriété.

	Oui	Non
1) Ce changement de propriété est-il fait en faveur de l'époux ou du conjoint? – Si <b>OUI</b> , passez à la question 3) – Si <b>NON</b> , passez à la question 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ce changement de propriété est-il fait en faveur d'un ex-époux ou de l'ancien conjoint en règlement des droits découlant de votre mariage ou union de fait (en vertu d'une ordonnance ou d'un jugement d'un tribunal compétent ou en vertu d'un accord de séparation écrit)? – Si <b>OUI</b> , indiquer la date de la séparation :   A   A   A   A   M   M   J   J   et passez à la question 3) – Si <b>NON</b> , passez à la question 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Est-ce que vous et la personne à qui vos droits dans le contrat sont transférés résidez au Canada au moment du transfert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Une contrepartie (argent reçu en échange du contrat) a-t-elle été versée par le(s) nouveau(x) propriétaire(s) au(x) propriétaire(s) actuel(s) suite au transfert de propriété? Si <b>OUI</b> → Quel est le montant? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 tels qu'énumérés à la section C 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) et cédez de façon absolue tous vos droits et intérêts dans le contrat dont le numéro figure à la première page de ce formulaire, **et**
- vous déclarez que les tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts, complets et correctement inscrits.

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

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

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ | A | A | A | A | M | M | J | J |  
Nom du témoin Signature du témoin Date

## G – Signature du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) (si applicable)

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.

Si le bénéficiaire est irrévocable, sa signature est exigée. En signant ci-dessous, les bénéficiaires irrévocables consentent au présent transfert de propriété 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

## H – Consentement du(des) créancier(s) (si applicable)

Nous consentons au changement demandé, le tout sujet aux droits que nous avons à titre de créanciers hypothécaires de ce contrat.

\_\_\_\_\_  
Nom du cessionnaire

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Nom et titre de la personne autorisée (cessionnaire)

X  
\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

## I – 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  
\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

## J – Paiement des primes

Le nouveau propriétaire sera responsable des paiements de primes.

- Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la première page du présent formulaire.
- Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (même payeur) → Veuillez joindre un spécimen de chèque.
- Changement de payeur → Veuillez joindre un spécimen de chèque et remplir l'Accord de débits préautorisés (section O).
- Changement de mode de paiement à annuel.
- Changement de mode de paiement à mensuel → Veuillez joindre un spécimen de chèque et remplir l'Accord de débits préautorisés (section O).

## K – Détermination de l'existence d'un tiers

1. Est-ce que le payeur des primes est différent du nouveau propriétaire?  Oui  Non
2. Existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat ou est-ce qu'un tiers aura l'usage de et/ou accès à la valeur du contrat?  Oui  Non

**Si OUI, veuillez indiquer les renseignements sur le payeur des primes et/ou le tiers ci-dessous :**

### Identification du tiers (si applicable)

\_\_\_\_\_  
Nom du tiers

\_\_\_\_\_  
Date de naissance (si le tiers est une personne physique)

\_\_\_\_\_  
Adresse complète et permanente du tiers

\_\_\_\_\_  
Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession)

\_\_\_\_\_  
Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)

**Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Numéro d'entreprise

\_\_\_\_\_  
Lieu de délivrance du certificat de constitution

## L – Désignation du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s)

- Le changement de propriété révoque la désignation de bénéficiaire lorsque celle-ci est révocable. Dans ce cas, à défaut de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) du contrat ou à sa(leur) succession(s), selon le cas.
- 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
<p>_____ %</p> <p><b>Prénom et nom du bénéficiaire 1</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 1</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 2</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 2</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 3</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 3</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 4</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 4</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>

### 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
<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>

**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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</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)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>.....</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

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



## 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
<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>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</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>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

## M – Nouveau(x) propriétaire(s) – Déclarations, consentements et signatures

En signant ci-dessous :

- vous déclarez que les tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont exacts, complets et correctement inscrits;
- vous déclarez que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt sont exacts et complets et vous engagez à fournir à SSQ, Société d'assurance inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts;
- vous autorisez SSQ, Société d'assurance inc., lorsque la Loi l'exige, à vérifier votre identité à l'aide d'un produit d'identification indépendant et fiable et/ou de toute autre méthode prévue par la Loi;
- vous autorisez SSQ, Société d'assurance inc. à utiliser votre numéro d'assurance sociale, si applicable, aux fins de déclaration fiscale uniquement.

*Le(s) nouveau(x) propriétaire(s) doit(doivent) être résident(s) canadien(s) au moment où le présent formulaire est rempli et signé.*

\_\_\_\_\_  
Nom du nouveau propriétaire 1, personne autorisée (et titre), fiduciaire ou liquidateur (en caractères d'imprimerie)

X

\_\_\_\_\_  
Signature du nouveau propriétaire 1, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

\_\_\_\_\_  
Nom du nouveau propriétaire 2, personne autorisée (et titre), fiduciaire ou liquidateur (en caractères d'imprimerie)

X

\_\_\_\_\_  
Signature du nouveau propriétaire 2, personne autorisée, fiduciaire ou liquidateur

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

X

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

**Ce changement est enregistré par SSQ, Société d'assurance inc. qui n'assume aucune responsabilité quant à sa validité, convenance ou légalité.**

## N – Déclaration du conseiller en sécurité financière/représentant

En signant ci-dessous, vous attestez que vous avez vu les documents originaux produits par les nouveaux propriétaires, signataires autorisés, les liquidateurs ou les fiduciaires aux fins de vérification de leur identité et que ces documents étaient valides et non périmés.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du conseiller en sécurité financière/représentant

\_\_\_\_\_  
N° du conseiller en sécurité financière/représentant

X

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller en sécurité financière/représentant

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

## O – Débits préautorisés

### Jour de prélèvement

Précisez le jour : [ J ] [ J ] → **Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement actuel sera inchangé.**

\* Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.

\* Vie universelle seulement : Si le jour de prélèvement précisé est après la date d'établissement du contrat, le jour de prélèvement sera modifié d'office pour coïncider avec la date d'établissement du contrat.

### Accord de débits préautorisés

- J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
- Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser SSQ, Société d'assurance inc. avant la date dudit renouvellement.
- Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, SSQ, Société d'assurance inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
- J'accepte de signaler par lettre à SSQ, Société d'assurance inc. tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
- Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
- J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
- J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
- Dans le cas où je demande à SSQ, Société d'assurance inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
- Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à SSQ, Société d'assurance inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- Je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
- Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec SSQ, Société d'assurance inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par SSQ, Société d'assurance inc.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

SSQ, Société d'assurance inc.

Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».



Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

[ ]  
Succursale Numéro de l'institution financière Numéro de compte

### Autorisation bancaire

S'agit-il d'un compte conjoint?  Oui  Non

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée  
(en caractères d'imprimerie)

X  
Signature

[ A ] [ A ] [ A ] [ A ] [ M ] [ M ] [ J ] [ J ]  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée  
(en caractères d'imprimerie)

X  
Signature

[ A ] [ A ] [ A ] [ A ] [ M ] [ M ] [ J ] [ J ]  
Date