

1 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____ Dossier : _____
 _____ Classe : _____
 Code postal : _____ Téléphone : _____

2 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ASSURANCE

Produit : Complément + Complément + 60 AcciAide Décès accidentel

Protection actuelle : \$ \$ \$

3 - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je, soussigné, adhérent au contrat identifié ci-dessus, désigne à titre de nouveau bénéficiaire :

Bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	Date naissance du bénéficiaire (jj-mm-aaaa)	Adresse si différente de celle de l'adhérent et numéro de téléphone
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *			
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *			
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *			
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *			

* ATTENTION : Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. Notez que la succession NE PEUT être bénéficiaire irrévocable.

4 - RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

(Si votre précédent bénéficiaire était irrévocable, veuillez lui faire remplir cette partie.)

CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE : Je, soussigné, renonce à mes droits dans le contrat d'assurance mentionné ci-dessus.

X

 Signature de : _____ Date (jj-mm-aaaa)
 précédent bénéficiaire **irrévocable**

5 - SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

X

 Signature de l'assuré ou du preneur si enfant mineur Date (jj-mm-aaaa)

Veuillez retourner ce formulaire par la poste à :

SSJB de la Mauricie, 3239, rue Papineau, Trois-Rivières (Québec) G8Z 1P4.
 Pour nous joindre : 819 375-4881, option 1 ou par courriel : info@complementplus.com