



Veuillez écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

A – IDENTIFICATION

Nom du preneur CAISSE DE SÉCURITÉ DES ARTISTES	N° de contrat ou de groupe AB700	N° de membre	N° d'assurance sociale
Nom de l'adhérent	Prénom de l'adhérent		

B – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Nom et prénom du (des) bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	Date de naissance (si mineur)			%	Veuillez cocher
		jour	mois	année		
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **
		jour	mois	année		<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE * <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE **

* **RÉVOCABLE** : La désignation du bénéficiaire peut être changée sans le consentement de ce dernier.

** **IRRÉVOCABLE** : La désignation du bénéficiaire ne peut être changée sans le consentement de ce dernier.
Aucun changement de bénéficiaire ne peut être fait sans le consentement de ce dernier.

Au Québec seulement, si vous désignez votre conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, la désignation est automatiquement irrévocable à moins que vous n'indiquiez le contraire ci-dessus.

Les noms des bénéficiaires apparaîtront chaque année sur votre *Fiche personnalisée d'assurance*.

C – SIGNATURE

_____	jour / mois / année
Signature de l'adhérent	Date

_____	jour / mois / année
Signature du témoin*** (FACULTATIF)	Date
_____	*** Le bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
Nom et prénom en caractères d'imprimerie	

Ce document confidentiel sera remis à l'assureur uniquement en cas de décès. L'assureur et la Caisse de sécurité des artistes n'assument aucune responsabilité quant à la convenance, la validité ou la légalité d'un changement ou d'une désignation de bénéficiaire.

VEUILLEZ RETOURNER PAR LA POSTE OU REMETTRE EN PERSONNE CE FORMULAIRE ORIGINAL SIGNÉ À L'ADRESSE SUIVANTE :

➔ **Caisse de sécurité des artistes, 5445 avenue De Gaspé, bureau 1005, Montréal (Québec) H2T 3B2**