



Bénéficiaire(s)			
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
Fiduciaire(s) pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille)		Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	
Nom (prénom, second prénom, nom de famille)		Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	

\* Lien avec le rentier. Au Québec, lien avec le titulaire.

POUR LES CONTRATS DE PLACEMENT DE COMPTE D'ÉPARGNE LIBRE D'IMPÔT (CELI) SEULEMENT		
Titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé au Québec		
<p><b>Le titulaire subsidiaire doit être votre époux/conjoint de fait.</b> Au décès du titulaire du contrat, le titulaire subsidiaire deviendra automatiquement le titulaire du contrat ainsi que le rentier; le contrat sera maintenu en vigueur sans le versement de la prestation de décès à ce moment-là.</p>		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		

## Déclaration et autorisation

**Veillez lire attentivement ce qui suit avant de signer, puisque vous pourriez révoquer une désignation de bénéficiaire précédente.**

### En signant ci-dessous :

- je révoque toute désignation de bénéficiaire précédente que j'ai faite dans le cadre des contrats, si j'utilise ce formulaire pour modifier tout bénéficiaire précédemment désigné pour les garanties précitées;
- j'autorise l'Empire Vie à mettre en œuvre toute désignation susmentionnée conformément aux droits, aux dispositions et aux conditions des contrats;
- je comprends que l'Empire Vie peut recourir à des tiers fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger pour le traitement et l'entreposage des renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités chargées d'appliquer la loi ou autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances. Pour obtenir une copie de la version la plus récente de la politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie, veuillez consulter le site Web de l'Empire Vie au [www.empire.ca](http://www.empire.ca).

**Une photocopie ou une image de la section « Déclaration et autorisation » dûment signée a la même valeur que l'original.**

**Signature du titulaire 1** (ou premier signataire autorisé si le titulaire est une société)

Prénom	Nom de famille
--------	----------------

Titre, s'il signe pour la société
-----------------------------------

**Signature du titulaire 2** (pour société titulaire ou titulaire conjoint) **OU**  **Un seul signataire autorisé à lier la société/l'entité**

Prénom	Nom de famille
--------	----------------

Titre, s'il signe pour la société
-----------------------------------

**Signature du ou des bénéficiaires irrévocables/privilégiés** (s'il y a lieu). **Je consens par les présentes aux désignations de bénéficiaire effectuées dans ce formulaire. Si ce formulaire concerne une modification de bénéficiaire sur un contrat en vigueur, je renonce par les présentes à mes droits à titre de bénéficiaire.**

**Signature du cessionnaire** (s'il y a lieu). **Je consens par les présentes aux désignations de bénéficiaire effectuées dans ce formulaire.**

**Signature du témoin** (autre qu'un bénéficiaire)

Prénom du témoin	Nom de famille
------------------	----------------

Fait à (ville et province)	Date
----------------------------	------



Les contrats sont établis par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« EV »).

PORTEFEUILLE PROTECTION, PORTEFEUILLES PROTECTION et EV sont des marques de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. EMPIRE VIE et le logo de l'Empire Vie sont des marques déposées de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. CANOE, Financière Canoe et le dessin de Canoe sont des marques déposées de Financière Canoe LP et sont utilisées sous licence.