



**Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès****Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès de l'assuré 1/du rentier (y compris toute prestation de décès associée à une protection d'assurance maladies graves)**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré/le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré/le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré/le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré/le rentier*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

**Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès de l'assuré 2 (y compris toute prestation de décès associée à une protection d'assurance maladies graves)**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/> % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

**Fiduciaire(s) pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus**

Nom (prénom, initiale, nom de famille)	Nom (prénom, initiale, nom de famille)
Nom (prénom, initiale, nom de famille)	Nom (prénom, initiale, nom de famille)

**Bénéficiaire(s)/directives de paiement d'une prestation pour une maladie grave\*\*****Bénéficiaire(s)/directive(s) de paiement d'une prestation pour une maladie grave payable du vivant de l'assuré 1 (si différent du titulaire)**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

**Bénéficiaire(s)/directive(s) de paiement d'une prestation pour une maladie grave payable du vivant de l'assuré 2 (si différent du titulaire)**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable
<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Parts égales OU <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   % <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

**Bénéficiaires(s)/directives de paiement pour le remboursement des primes payables du vivant de l'assuré 1. Applicable seulement aux produits SécuriMax et Protection MG Plus de l'Empire Vie avec un avenant de remboursement de primes (au rachat ou à l'échéance).**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

**Bénéficiaires(s)/directives de paiement pour le remboursement des primes payables du vivant de l'assuré 2. Applicable seulement aux produits SécuriMax et Protection MG Plus de l'Empire Vie avec un avenant de remboursement de primes (au rachat ou à l'échéance).**

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité</b>	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec l'assuré*		Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

\* Lien avec l'assuré/rentier. Au Québec, lien avec le titulaire.

\*\* Remplissez cette section pour désigner des bénéficiaire(s) devant recevoir les prestations payables en vertu de votre police/avenant en cas de maladies graves, là où la loi le permet (actuellement au Qc, en Ont., au Man., en Sask., en Alb. et en C.-B.), ou, là où la loi ne le permet pas, pour fournir des directives de paiement à l'Empire Vie pour le produit auquel le titulaire a droit à une autre personne.

**POUR LES CONTRATS DE PLACEMENT DE COMPTE D'ÉPARGNE LIBRE D'IMPÔT (CELI) SEULEMENT****Titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé au Québec****Doit être votre époux/conjoint de fait.** 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.

<b>Prénom</b>	<b>Second prénom</b>	<b>Nom de famille</b>
Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		

