

# FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

## Veillez utiliser ce formulaire pour :

Nommer ou modifier le bénéficiaire d'une police/d'un contrat en vigueur ou constituer un complément à une nouvelle proposition pour préciser les bénéficiaires supplémentaires.

Si ce formulaire est utilisé en complément d'une nouvelle proposition, les termes « titulaire », « assuré » et « rentier » se rapportent au titulaire, à l'assuré ou au rentier dans cette proposition, selon le cas.

**En cas d'erreur, veuillez demander au titulaire de rayer l'erreur, d'y apposer ses initiales, puis d'apporter sa correction. N'effacez pas et n'utilisez pas de liquide correcteur.**

<input type="radio"/> <b>Changer le(s) bénéficiaire(s) de la police/du contrat</b> <input type="radio"/> <b>Nommer un (des) bénéficiaire(s) en supplément à une nouvelle proposition</b>		
Numéro(s) de police/contrat/proposition 		
Prénom du titulaire 1 	Initiale 	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité 
Prénom du titulaire 2 	Initiale 	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité 
Prénom de l'assuré 1/du rentier 	Initiale 	Nom de famille 
Prénom de l'assuré 2 	Initiale 	Nom de famille 

## Renseignements importants sur la désignation d'un bénéficiaire :

Si le régime est immobilisé en vertu d'une législation sur les pensions, les droits de l'époux/du conjoint de fait du rentier peuvent avoir préséance sur la désignation de bénéficiaire. Lorsque la loi l'exige, il faut soumettre le formulaire de renonciation du conjoint applicable pour désigner un bénéficiaire.

Si aucun bénéficiaire n'est désigné pour l'assuré/le rentier ou que tous les bénéficiaires désignés décèdent avant l'assuré/le rentier, nous verserons toute prestation payable au titulaire (s'il n'est pas l'assuré/le rentier), sinon à la succession du titulaire. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires de chaque assuré/du rentier doivent totaliser 100 %.** Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage ou « parts égales », vous serez réputé avoir indiqué « parts égales ».

**Il n'est pas possible de désigner un bénéficiaire pour une Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie.** Toute indemnité mensuelle payable aux termes de la Protection crédit pour invalidité de l'Empire Vie est versée au titulaire de police. Dans le cas de titulaires conjoints, les indemnités mensuelles leur sont versées de façon conjointe.

### Personnes mineures :

Un bénéficiaire mineur ne recevra pas directement les prestations. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur. Au Québec, le parent ou le tuteur légal du bénéficiaire recevra toute prestation au nom d'un bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez nommé un administrateur ou créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire aura atteint la majorité, il recevra directement toute prestation qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que celle-ci soit toujours en vigueur au moment du versement de la prestation.

### Désignation révocable et irrévocable :

Une désignation de premier bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'ayez sélectionné « irrévocable ». Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est désigné comme premier bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins que vous n'ayez sélectionné « révocable ». Si vous désignez un premier bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez pas changer ou révoquer ce bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, comme des retraits, des cessions ou le transfert de la propriété, sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. **Un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut pas fournir son consentement.** Ainsi, si le bénéficiaire irrévocable est un mineur, vous ne pouvez pas changer ou révoquer cette désignation de bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges, à moins d'obtenir une ordonnance d'un tribunal, là où la loi le permet.

### Bénéficiaire subsidiaire/subrogé :

Un bénéficiaire subsidiaire/subrogé devient le bénéficiaire si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré ou le rentier. **Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires de chaque assuré/du rentier doivent totaliser 100 %. Les désignations de bénéficiaire subsidiaire/subrogé sont toujours révocables.**



**Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès****Bénéficiaire(s) des prestations payables au décès du rentier/de l'assuré 1 (y compris pour toute protection en cas de 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 pour toute protection en cas de 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

**Fiduciaire(s) pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus (pour nommer un [des] fiduciaire[s] supplémentaire[s], veuillez joindre une lettre d'instructions signée distincte)**

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

**Bénéficiaire(s) d'une prestation pour une maladie grave\*\*****Bénéficiaire(s) 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="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

**Bénéficiaire(s) 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="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

**Bénéficiaire(s) d'une prestation pour une maladie grave\*\*****Bénéficiaire d'un remboursement de primes payable du vivant de l'assuré 1  
(s'applique uniquement à l'avenant de remboursement de primes de SécuriMax et Protection MG Plus de l'Empire Vie)**

Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<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

**Bénéficiaire d'un remboursement de primes payable du vivant de l'assuré 2  
(s'applique uniquement à l'avenant de remboursement de primes de SécuriMax et Protection MG Plus de l'Empire Vie)**

Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité	<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 un ou 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.).

**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 résilie toute désignation de bénéficiaire précédente que j'ai faite dans le cadre des polices/contrats, si j'utilise ce formulaire pour modifier tout bénéficiaire précédemment désigné dans les polices/contrats ou les garanties précitées, malgré toute disposition à l'effet contraire dans mon contrat. Je révoque également toute instruction de paiement;
- j'autorise l'Empire Vie à effectuer toute opération susmentionnée conformément aux droits, aux dispositions et aux conditions des polices/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 d'application de la loi ou aux 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)**X**

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****X**

Prénom	Nom de famille	Titre, s'il signe pour la société

**Signature du ou des bénéficiaires irrévocables/privilegiés** (s'il y a lieu). **J'autorise par les présentes le changement ci-dessus. Si ce formulaire concerne une modification de bénéficiaire sur une police existante ou un contrat existant, je renonce par les présentes à mes droits à titre de bénéficiaire.****X****Signature du cessionnaire** (s'il y a lieu). **J'autorise par les présentes le changement ci-dessus.****X****Signature du témoin** (autre qu'un bénéficiaire)**X**

Prénom du témoin	Nom de famille

Fait à (ville et province)	Date
	j   j   -   m   m   -   a   a   a   a