FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Dans le présent formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Veuillez utiliser ce formulaire pour :

Nommer ou modifier le bénéficiaire d'une police 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.

◯ **Changer le bénéficiaire de la police/du contrat**	◯ **Nommer un bénéficiaire en supplément à une nouvelle proposition**
Numéro de police/contrat/proposition	
Prenom du titulaire 1	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Prenom du titulaire 2	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Prenom de l'assuré 1/du rentier	Nom de famille
Prenom de l'assuré 2	Nom de famille

Qui sera le 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. Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, toute prestation payable au décès sera divisée de façon égale entre tous les bénéficiaires survivants. Si le rentier n'est pas le titulaire et qu'aucun bénéficiaire n'est nommé, le bénéficiaire sera changé par défaut au titulaire, sinon le bénéficiaire sera par défaut la succession du rentier.

Bénéficiaire révocable/irrévocable :
Une désignation de bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'ayez coché « Irrévocable ». Au Québec, un conjoint est irrévocable à moins que vous n'ayez coché « Révocable ». Si vous désignez un bénéficiaire de façon irrévocable, vous ne pouvez changer ni révoquer la désignation de bénéficiaire ou exercer certains droits et privilèges comme un retrait, une cession ou un transfert de la propriété, sans la signature du bénéficiaire irrévocable. Si le bénéficiaire irrévocable est mineur, vous ne pouvez changer ou révoquer la désignation de bénéficiaire ni exercer certains droits et privilèges jusqu'à ce que le mineur atteigne la majorité.

Mineurs :
Le bénéficiaire mineur ne recevra pas directement les prestations payables au décès. À l'extérieur du Québec, vous devez désigner un fiduciaire qui recevra toute prestation payable au décès au nom du bénéficiaire mineur. Au Québec, le tuteur légal recevra toute prestation payable au décès au nom du bénéficiaire mineur, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle. Lorsque le bénéficiaire atteint la majorité, il recevra directement toute prestation payable qui lui est due, à moins que vous n'ayez créé une fiducie officielle et que cette fiducie soit en vigueur au moment où le versement de la prestation de décès est dû.

Bénéficiaires multiples :
Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas le pourcentage des parts, les prestations seront divisées en parts égales entre tous les bénéficiaires survivants. **Les pourcentages pour tous les premiers bénéficiaires de chaque assuré/rentier doivent totaliser 100 %.**

Bénéficiaire subsidiaire :
Un bénéficiaire subsidiaire deviendra premier bénéficiaire seulement si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant tout assuré ou le rentier, selon le cas. **Les pourcentages pour tous les bénéficiaires subsidiaires de chaque assuré/du rentier doivent totaliser 100 %. Les bénéficiaires subsidiaires sont toujours révocables.**

Empire Vie[MD]

Bénéficiaire des prestations payables au décès

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

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	◯ Parts égales OU ◯ Part (%)	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable

Bénéficiaire des prestations payables au décès de l'assuré 2 (y compris pour toute protection en cas de maladies graves)

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	◯ Parts égales OU ◯ Part (%)	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable

Fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur désigné ci-dessus (Pour nommer un fiduciaire supplémentaire, veuillez joindre une lettre d'instructions signée distincte.)

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

Bénéficiaire d'une prestation pour une maladie grave**

Bénéficiaire d'une prestation pour une maladie grave payable du vivant de l'assuré 1 (si différent du titulaire)

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	◯ Parts égales OU ◯ Part (%)	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable

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

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	◯ Parts égales OU ◯ Part (%)	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable
	◯ Premier ◯ Subsidiaire			◯ Révocable ◯ Irrévocable

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)

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire		◯ Révocable ◯ 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)

Nom (prénom, initiale, nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité)		Lien*	Désignation
	◯ Premier ◯ Subsidiaire		◯ Révocable ◯ Irrévocable

* Lien avec l'assuré. 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

Veuillez 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 de la police/du contrat;
- je comprends que l'Empire Vie peut recourir à des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage des renseignements personnels. 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.

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 du titulaire 1	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 du titulaire 2	Nom de famille	Titre, s'il signe pour la société

Signature du ou des bénéficiaires irrévocables/privilégiés (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

Prenom du témoin	Nom de famille

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

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**.

Empire Vie MD