

# TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ ET DÉSIGNATION D'UN TITULAIRE SUBSIDIARE/SUBROGÉ

Dans ce 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.

## Information importante pour remplir ce formulaire :

- Le transfert de propriété annule les désignations actuelles de bénéficiaire (à moins qu'il s'agisse d'un bénéficiaire irrévocable ou privilégié) ainsi que les désignations de titulaire subsidiaire ou de titulaire subrogé (au Québec). Le nouveau titulaire doit remplir le *Formulaire de désignation de bénéficiaires* (D-0017) pour désigner un bénéficiaire. Les prestations payables au décès de tout assuré/rentier seront versées au nouveau titulaire ou à sa succession s'il n'y a pas de bénéficiaire désigné.
- 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.
- Si un bénéficiaire de l'une des polices/l'un des contrats est désigné comme bénéficiaire irrévocable ou privilégié, ou qu'un contrat fait l'objet d'une cession, le bénéficiaire ou le cessionnaire doit signer le présent formulaire. S'il ne s'agit pas de la même personne pour toutes les polices/tous les contrats, nous exigeons un formulaire distinct pour chacun. Au Québec, l'assuré doit consentir à la cession s'il n'y a aucun intérêt assurable. Un bénéficiaire mineur ou un assuré mineur ne peut pas fournir son consentement.
- Tout nouveau titulaire doit remplir le *Formulaire d'autorisation de débits préautorisés (DPA)* (C-0170) pour changer le payeur d'une police d'assurance vie. Nous enverrons au nouveau payeur des avis de facturation sur une base annuelle si celui-ci ne soumet pas un formulaire C-0170 dûment rempli. Pour changer le payeur d'un contrat de placement, tout nouveau titulaire doit remplir le *Formulaire de modification des placements* (INP-125) approprié.

Si vous faites une erreur, rayez-la et apposez-y vos initiales, puis apportez la correction. N'effacez pas et n'utilisez pas de liquide correcteur.

<b>1.0 Titulaire actuel</b>				<b>Numéro(s) de police/contrat</b>			
<b>Je révoque par la présente toute désignation existante de bénéficiaire et de titulaire. Je transfère et cède tous les droits et toutes les obligations dans la police/le contrat précité à :</b>							
<b>NOUVEAU TITULAIRE</b> – remplissez également le formulaire C-0044 si le nouveau titulaire est une société/entité.							
Prénom			Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité			
Adresse (numéro et rue) – si vous utilisez une case postale, veuillez également nous fournir une adresse physique.							
Ville						Province	Code postal
Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance		N° de téléphone de préférence		NAS*		
Lien avec le titulaire précédent	Lien avec l'assuré/le rentier		Nom de l'employeur				
Profession							
* Le numéro d'assurance sociale n'est pas obligatoire si vous demandez uniquement une assurance vie temporaire.							
<b>NOUVEAU TITULAIRE CONJOINT</b> – remplissez également le formulaire C-0044 si le nouveau titulaire conjoint est une société/entité.							
Prénom			Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité			
Adresse (numéro et rue) – si vous utilisez une case postale, veuillez également nous fournir une adresse physique.							
Ville						Province	Code postal
Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance		N° de téléphone de préférence		NAS*		
Lien avec le titulaire précédent	Lien avec l'assuré/le rentier		Nom de l'employeur				
Profession							
* Le numéro d'assurance sociale n'est pas obligatoire si vous demandez uniquement une assurance vie temporaire.							
<b>Ce changement de propriété fait-il suite à une rupture de mariage ou d'union de fait?</b> <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui – est-il fait en vertu d'une ordonnance ou d'un jugement d'un tribunal compétent ou en vertu d'un accord de séparation écrit? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui							
Si oui, vous devez fournir la date de la séparation sans quoi le transfert sera imposable :						[ j   j   -   m   m   -   a   a   a   a ]	

### 1.1 Titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé (au Québec)

Si tous les titulaires décèdent avant l'assuré ou que la police est détenue conjointement sans droit de survie et qu'un titulaire décède, le titulaire subsidiaire ou le titulaire subrogé devient le titulaire. Au Québec, si un titulaire décède, le titulaire subrogé pour cet assuré deviendra le titulaire de la police ou cotitulaire avec le titulaire survivant. L'assuré deviendra titulaire si aucun titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé n'a été nommé pour le titulaire décédé.

Prénom	Initiale	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
--------	----------	---

N° de téléphone – <input type="radio"/> cellulaire <input type="radio"/> résidentiel	Adresse de courriel*
--	----------------------

Lien avec l'assuré/le rentier	Lien avec titulaire (s'il n'est pas un assuré/un rentier)
-------------------------------	---

\* Nous pourrions utiliser l'adresse de courriel fournie pour communiquer avec vous au moment du changement de titulaire subsidiaire/subrogé.

### 1.2 Déclaration, autorisation et signatures du titulaire existant

**Je comprends et j'accepte que** le transfert de propriété puisse avoir des répercussions fiscales et qu'il m'incombe d'obtenir tout avis fiscal ou juridique nécessaire.

**J'autorise** l'Empire Vie à procéder à l'opération précitée conformément aux droits et aux dispositions de la police ou du contrat.

Nous devons obtenir le nom et le titre de tout signataire ainsi qu'une preuve selon laquelle chacun d'eux est autorisé à lier la société si le titulaire est une société ou une autre entité.

**Signature du titulaire 1** (ou du signataire autorisé pour la société titulaire)

**X**

Prénom du titulaire 1	Nom de famille (et 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 deuxième titulaire	Nom de famille (et titre, s'il signe pour la société)
------------------------------	---

**Signature de l'assuré 1/rentier** (ou du tuteur légal, si mineur) – **requise au Québec seulement s'il n'y a aucun intérêt assurable**

**X**

**Signature de l'assuré 2** (ou du tuteur légal, si mineur) – **requise au Québec seulement s'il n'y a aucun intérêt assurable**

**X**

**Signature du bénéficiaire irrévocable** – **je consens au changement et renonce à tous mes droits en tant que bénéficiaire.**

**X**

**Signature du cessionnaire** – **je consens au changement et reconnais que celui-ci peut modifier les prestations en vertu de la police.**

**X**

### 2.0 Objet de l'assurance (nouveau titulaire)

**Polices d'assurance vie et d'assurance maladies graves – quel est l'objet de cette assurance?** Cochez tout ce qui s'applique.

- Besoins personnels (p. ex., remplacement d'un revenu, préservation du patrimoine, prêt hypothécaire, derniers frais, protection des enfants, etc.)
- Prêt personnel (autre qu'une hypothèque sur une résidence principale)  Personne clé
- Garantie sur un prêt commercial  Convention d'achat-vente  Autre \_\_\_\_\_

**Contrats de placement – quel est l'objet de cette assurance?** Cochez tout ce qui s'applique.

- Fonds d'urgence  Planification successorale  Épargne pour la retraite  Épargne à court terme  Placement à long terme
- Fonds d'exploitation  Achat immobilier  Financement d'études  Autre \_\_\_\_\_



## 5.0 Détermination des intérêts de tiers (section réservée au conseiller)

Aux fins de cette section, un « tiers » s'entend d'une personne ou d'une entité (autre que l'assuré/le rentier ou le titulaire) qui donne des directives au titulaire quant aux actions à poser relativement à la police, ou qui paie les primes des régimes d'assurance vie avec participation.

Si le tiers est une entité juridique, veuillez joindre une copie des documents constitutifs affichant le nom du signataire autorisé.

**En remplissant cette demande, le titulaire agit-il au nom d'un tiers?**  oui  non

**Vous devez répondre par « oui » ou par « non » pour tous les régimes. Si la réponse est « oui », remplissez toute la section.**

Prénom		Nom de famille ou nom exact de la société/l'entité	
Date de naissance   j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Code postal
Nom de l'employeur			
Titre du poste			
Profession			
Type d'entreprise			
Lien avec le titulaire			
Compétence d'enregistrement (pays, province, territoire)		Numéro de constitution	

