

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

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le masculin 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 exigerons 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 Numéro(s) de police/contrat</b>			
Titulaire actuel			
<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
Date de naissance		N° de téléphone de préférence	
j   j   -   m   m   -   a   a   a   a		-       -	
NAS*			
Lien avec le titulaire précédent		Lien avec l'assuré/le rentier	
		Nom de l'employeur	
Profession			
Pour les polices d'assurance vie, veuillez indiquer si vos tâches professionnelles comprennent l'une des tâches suivantes :			
<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes			
<input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Aucune de ces réponses			
* Le numéro d'assurance sociale n'est pas obligatoire si la police est une assurance vie temporaire.			

**1.0 NOUVEAU TITULAIRE CONJOINT** – 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	
Date de naissance				N° de téléphone de préférence				NAS*					
j   j   -   m   m   -   a   a   a   a				-       -									
Lien avec le titulaire précédent				Lien avec l'assuré/le rentier				Nom de l'employeur					
Profession													
Pour les polices d'assurance vie, veuillez indiquer si vos tâches professionnelles comprennent l'une des tâches suivantes :													
<input type="radio"/> Service militaire <input type="radio"/> Aviation <input type="radio"/> Secteur forestier <input type="radio"/> Pêche hauturière <input type="radio"/> Exploitation pétrolière et gazière au large des côtes <input type="radio"/> Sport professionnel/divertissement <input type="radio"/> Plongée professionnelle <input type="radio"/> Aucune de ces réponses													
* Le numéro d'assurance sociale n'est pas obligatoire si la police est 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 deviendra le titulaire de la police ou cotitulaire avec le titulaire survivant. Veuillez vous reporter à votre police ou à votre contrat si aucun titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé n'est 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) – **requis au Québec seulement s'il n'y a aucun intérêt assurable**

**X**

**Signature de l'assuré 2** (ou du tuteur légal, si mineur) – **requis 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 \_\_\_\_\_



**4.0 Une contrepartie (en argent) a-t-elle été versée par le nouveau titulaire pour le présent transfert?**

non  oui – montant : \_\_\_\_\_ \$

**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

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

## 6.0 Déclaration, consentement et autorisation

### Je comprends et je conviens que :

- j'aviserai l'Empire Vie de tout changement dans ma situation de résidence aux fins de l'impôt;
- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels concernant la police/le contrat précité dans un dossier confidentiel. Les réassureurs, les membres du personnel, les agents et les représentants de l'Empire Vie utiliseront mes renseignements personnels de façon continue. Elle leur servira aux fins suivantes : évaluer ce formulaire, apprécier le risque, évaluer toute demande de règlement en vertu de la police/du contrat précité, administrer la police/le contrat précité, répondre à mes questions concernant ce transfert de propriété, fournir les renseignements concernant la police/le contrat précité, les produits et les services de l'Empire Vie et aider l'Empire Vie à constamment améliorer son service et à élaborer des programmes à l'intention de ses clients;
- mon dossier sera conservé au siège social de l'Empire Vie. L'accès à mon dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants et aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie, tel qu'il est requis pour accomplir leurs fonctions. L'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et le stockage de mes 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. J'ai le droit d'accéder à mes renseignements personnels dans la mesure permise par la loi et, s'il y a lieu, les faire corriger. Je peux aussi faire une demande par écrit au siège social de l'Empire Vie pour ne plus recevoir de renseignements sur les autres produits et services de l'Empire Vie.

### Je consens à ce qui suit :

- La transmission de mes renseignements personnels par l'Empire Vie à ses agents, à ses fournisseurs ainsi qu'à ses réassureurs et à leurs agents dans le but d'administrer la police/le contrat précité et/ou d'évaluer une demande de prestations en vertu de la police/le contrat précité.
- Si je retire ce consentement, l'Empire Vie ne sera plus en mesure de continuer à administrer la police/le contrat précité et elle pourrait donc l'annuler à sa discrétion. Si tel est le cas, aucune prestation ne sera alors payable et ni mes héritiers légaux ni moi-même ne pourrions alors exercer aucun droit sur la police/le contrat précité.
- Si je décède, j'autorise le titulaire, le titulaire subsidiaire, le bénéficiaire, les héritiers légaux ainsi que le représentant successoral et/ou le liquidateur testamentaire à fournir à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à leurs mandataires tous les renseignements et toutes les autorisations nécessaires afin d'obtenir les renseignements requis pour évaluer une demande de règlement en vertu de la police/du contrat précité. J'autorise également l'Empire Vie à transmettre au bénéficiaire du produit de la police les raisons de toute décision relative à une demande de règlement en vertu de la police/du contrat précité.

### J'autorise :

- l'Empire Vie à fournir à mon conseiller (et à son agence) et à échanger avec celui-ci des renseignements concernant mon dossier sur une base régulière afin de m'offrir un service et des conseils relatifs à la police/au contrat précité. Je comprends que je peux changer de conseiller ou retirer cette autorisation par un avis écrit adressé à l'Empire Vie.

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

**En signant ci-dessous, je confirme avoir lu, compris et accepté les énoncés de la section « Déclaration, consentement et autorisation ». Je consens à l'utilisation de mes renseignements personnels aux fins qui y sont décrites. Les prochaines correspondances que l'Empire Vie enverra seront dans la même langue que ce formulaire.**

**NOUVEAU TITULAIRE** – Nous devons obtenir le nom et le titre de tout signataire **ainsi qu'une preuve selon laquelle il est autorisé à lier la société/l'entité** si le nouveau titulaire est une société ou une autre entité.

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

**X**

Prénom du NOUVEAU titulaire 1

Nom de famille (et titre, s'il signe pour une société/entité)

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

**X**

Prénom du NOUVEAU titulaire 2

Nom de famille (et titre, s'il signe pour une société/entité)

**J'ai été témoin de toutes les signatures ou, pour les rencontres à distance, je confirme qu'à ma connaissance chaque personne qui a signé le présent formulaire est la personne qui y est indiquée. J'ai déterminé les intérêts de tiers et, dans le cas d'un contrat de placement non enregistré ou d'une police d'assurance vie avec valeurs de rachat, j'ai vérifié l'identité de tout nouveau titulaire et tout indice de sa possible citoyenneté américaine ou situation de résidence aux fins de l'impôt d'un pays autre que le Canada et les États-Unis.**

**Signature du conseiller**

**X**

Prénom du conseiller

Nom de famille

Fait à (ville et province)

Date

|\_|\_|\_| - |m|m| - |a|a|a|a|