SUPPLÉMENT À LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (NOUVELLE-ÉCOSSE SEULEMENT)

Utilisez ce formulaire pour remplir une désignation de bénéficiaire irrévocable :

- pour une nouvelle proposition signée dans la province de la Nouvelle-Écosse; ou
- Pour un contrat existant régi par les lois de la province de la Nouvelle-Écosse. **Un formulaire de désignation de bénéficiaires (D-0017) doit également être rempli.**

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.

Numéro de proposition/police/contrat		
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

Bénéficiaire(s) irrévocable(s) de l'assuré 1/du rentier

Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Lien avec l'assuré/le rentier		Date de naissance (j j - m m - a a a a)
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Lien avec l'assuré/le rentier		Date de naissance (j j - m m - a a a a)

Bénéficiaire(s) irrévocable(s) de l'assuré 2

Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Lien avec l'assuré		Date de naissance (j j - m m - a a a a)
Prénom	Second prénom	Nom de famille ou dénomination sociale de la société/l'entité
Lien avec l'assuré		Date de naissance (j j - m m - a a a a)

Effacer le formulaire

Déclaration et attestation du titulaire

Dans cette section, on entend par « *Insurance Act* » la loi sur les assurances de la Nouvelle-Écosse.

Je comprends que selon la *Insurance Act*, ma désignation de bénéficiaire irrévocable a pour effet que, tant que le bénéficiaire est en vie, je ne peux pas altérer ou révoquer la désignation sans le consentement du bénéficiaire, et je ne peux pas céder ou exercer mes droits, ni racheter ou traiter le contrat sans le consentement du bénéficiaire.

Une photocopie ou une image de cette « Déclaration et attestation » 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

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

Attestation du conseiller

Dans cette section, « assuré » et « il » s'entendent du titulaire.

J'atteste que j'ai expliqué en totalité à l'assuré la nature et les effets d'une désignation de bénéficiaire irrévocable, j'ai donné mes explications à l'assuré sans la présence du bénéficiaire et l'assuré a indiqué qu'il était conscient de la nature irrévocable de la désignation qu'il effectuait.

Une photocopie ou une image de cette attestation dûment signée a la même valeur que l'original.

Signature du conseiller **X**	Code du conseiller

Prénom du conseiller	Nom de famille

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

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

Par la poste :
Empire Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

Télécopieur : 1 800 920-5868

Courriel :
assurance@empire.ca pour un contrat d'assurance vie
placement@empire.ca pour un contrat de placement

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