

Numéro de contrat ou de proposition : \_\_\_\_\_

## DIRECTIVES

Ce formulaire doit être joint avec toute désignation ou changement de bénéficiaire irrévocable sur un contrat d'assurance vie signé en Nouvelle-Écosse.

À défaut de recevoir ce formulaire dûment rempli, toute désignation ou changement de bénéficiaire sur un contrat d'assurance vie signé en Nouvelle-Écosse est révoquant.

## 1 DÉCLARATION ET SIGNATURES DU OU DES PRENEURS

Je comprends les répercussions d'une désignation de bénéficiaire irrévocable aux termes de la Loi sur les assurances. Je comprends que je ne peux ni modifier ni révoquer cette désignation sans le consentement du bénéficiaire tant que celui-ci est vivant, pas plus que je ne peux me prévaloir de mes droits en vertu du contrat, attribuer le contrat, le résilier ou en disposer d'aucune façon sans le consentement du bénéficiaire.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

X

Signature du preneur 1

X

Signature du preneur 2

\_\_\_\_\_  
Nom du preneur 1

\_\_\_\_\_  
Nom du preneur 2

## 2 DÉCLARATION ET SIGNATURE DU CONSEILLER

Je certifie que j'ai expliqué en détail au preneur la nature et les répercussions de la désignation irrévocable d'un bénéficiaire, que j'ai donné cette explication au preneur en l'absence du bénéficiaire et que le preneur a indiqué qu'il connaissait la nature irrévocable de la désignation qu'il a ainsi faite.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

X

Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller

\_\_\_\_\_  
Code du conseiller