

Veillez écrire en caractères d'imprimerie. Retournez le formulaire dûment complété et signé à votre employeur et conservez-en une copie pour vos dossiers.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

NOM DE L'EMPLOYEUR

NUMÉRO

RUE

APPARTEMENT/BUREAU

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM

PRÉNOM

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

SECTION 3 – RENONCIATION À PARTICIPER

- Par la présente, je choisis de ne pas participer au RVER Fonds FMOQ. Je conviens que la date de renonciation doit se situer dans les 60 jours suivant la date à laquelle Fonds FMOQ m'a envoyé l'avis de confirmation de participation au RVER. Il est entendu que mon employeur me demandera, au moins tous les deux (2) ans, si je veux adhérer au régime.

SECTION 4 – SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

DATE (AAAA-MM-JJ)