

RÉGIME VOLONTAIRE D'ÉPARGNE-RETRAITE – FONDS FMOQ  
 **AVIS DE RENONCIATION DU CONJOINT À LA PRESTATION DE DÉCÈS OU**  
 **AVIS DE RÉVOCATION DE LA RENONCIATION DU CONJOINT**  
**À LA PRESTATION DE DÉCÈS**

Numéro du compte-client	Portefeuille
	—

À compléter seulement si le conjoint désire renoncer à la prestation de décès ou révoquer sa renonciation.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DU RVER FONDS FMOQ			
NOM DU PARTICIPANT		PRÉNOM DU PARTICIPANT	
NUMÉRO		RUE	
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT			
NOM DU CONJOINT		PRÉNOM DU CONJOINT	
NUMÉRO		RUE	
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL

Si vous avez coché *Avis de renonciation du conjoint à la prestation de décès*, remplissez la Section 3.

Si vous avez coché *Avis de révocation de la renonciation du conjoint à la prestation de décès*, remplissez la Section 4.

SECTION 3 – AVIS DE RENONCIATION DU CONJOINT À LA PRESTATION DE DÉCÈS		
<p><b>Déclaration de renonciation du conjoint :</b> En signant le présent formulaire, je renonce à mon droit de recevoir, suite au décès de mon conjoint, la prestation de décès prévue par la loi et par le Régime. Par conséquent, à la date de décès de mon conjoint, je n'aurai droit à aucune prestation payable suite à son décès. La prestation de décès sera donc payable à toute autre personne.</p>		
SIGNATURE DU CONJOINT	TÉMOIN (AUTRE QUE LE PARTICIPANT DU RÉGIME)	DATE (AAAA-MM-JJ)

**Note :** Cette renonciation à la prestation de décès est conforme à ce qui est prévu dans la loi et peut être révoquée en avisant par écrit l'administrateur du Régime. La révocation doit toutefois être effectuée avant le décès du participant.

SECTION 4 – AVIS DE RÉVOCATION DE LA RENONCIATION DU CONJOINT À LA PRESTATION DE DÉCÈS		
<p><b>Déclaration de la révocation de la renonciation du conjoint :</b> En signant le présent formulaire, je révoque toute renonciation faite antérieurement à mon droit de recevoir, suite au décès de mon conjoint, la prestation de décès prévue par la loi et par le Régime. Par conséquent, j'aurai droit à la prestation payable suite à son décès.</p>		
SIGNATURE DU CONJOINT	TÉMOIN (AUTRE QUE LE PARTICIPANT DU RÉGIME)	DATE (AAAA-MM-JJ)

**Note :** Cette révocation de la renonciation à la prestation de décès est conforme à ce qui est prévu dans la loi. La révocation doit toutefois être effectuée avant le décès du participant.

<p><b>Veillez retourner ce formulaire à l'administrateur du Régime à l'adresse suivante :</b>            Société de gérance des Fonds FMOQ inc.            Place Alexis-Nihon – Tour 2            3500, boulevard De Maisonneuve Ouest, Bureau 1900            Westmount (Québec) H3Z 3C1</p>	DATE (AAAA-MM-JJ)
	PAR