



Envoyez le présent formulaire à l'administrateur du régime ou à la compagnie d'assurance. Il ne doit pas être envoyé à la Commission des services financiers de l'Ontario.

Nom du participant ou de l'ancien participant: Nous, _____ (ci-dessous appelé le « participant ou l'ancien participant »)

Nom du conjoint du participant ou de l'ancien participant: et _____ (ci-dessous appelé le « conjoint »)

certifions par les présentes que nous sommes des conjoints au sens de la Loi sur les régimes de retraite.

Nous comprenons que l'article 44 de la Loi sur les régimes de retraite prévoit que la pension payée au participant ou à l'ancien participant du

Nom du régime de retraite

_____ doit être payée sous forme de pension réversible si nous sommes les conjoints à la date où le premier versement est exigible et si nous ne vivons pas séparé de corps à ce moment. Nous comprenons également que le montant de la pension payable au conjoint survivant ne doit pas être moindre que 60 pour cent de la pension payée au participant ou à l'ancien participant pendant que nous sommes en vie.

En signant cette renonciation, nous comprenons que nous allons renoncer à nos droits à la prestation de pension réversible.

Nous comprenons qu'en signant cette renonciation, le conjoint renonce au droit à une rente de survivant au décès du participant ou de l'ancien participant, comme prévu par l'article 44 de la Loi sur les régimes de retraite.

En présence d'un témoin, nous signons cette renonciation pour renoncer à nos droits à une prestation de pension réversible prévu par l'article 44 de la Loi sur les régimes de retraite.

Nous comprenons que nous pouvons annuler la présente renonciation en tout temps avant le commencement du paiement de la prestation de retraite du participant ou de l'ancien participant.

Jour, Mois, Année Fait le _____ jour de _____, _____.

Signature du témoin Signature du participant ou de l'ancien participant

Nom et Adresse du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin Signature du conjoint du participant ou de l'ancien participant

Nom et Adresse du témoin (en caractères d'imprimerie)

REMARQUE : Avant de remplir le présent formulaire, chaque partie devrait envisager d'obtenir des conseils juridiques indépendants concernant ses droits et l'effet de la renonciation.

REMARQUE : La présente renonciation n'est valide que si elle est datée, signée et remise à l'administrateur du régime de retraite ou à la compagnie d'assurance, selon le cas, dans les douze mois qui précèdent le commencement du paiement de la prestation de retraite, conformément au paragraphe 46(2) de la Loi sur les régimes de retraite.