

# Renonciation et consentement du bénéficiaire irrévocable

NOM ET PRÉNOM DE LA PARTICIPANTE

## Déclaration

*Je, soussigné(e),*

\_\_\_\_\_   
 Nom et prénom du bénéficiaire irrévocable

*renonce en toute connaissance de cause à tous les droits, privilèges et intérêts que je possède en ma  
qualité de bénéficiaire irrévocable de*

\_\_\_\_\_   
 Nom et prénom de la participante

*aux fins du Régime de retraite du personnel des CPE et des garderies privées conventionnées du  
Québec, et consens, par le fait même, à ce qu'un nouveau bénéficiaire soit désigné à ma place, le cas  
échéant.*

*Par contre, la présente renonciation n'affecte en rien les droits qui peuvent m'échoir à titre de conjoint de  
la dite participante, s'il y a lieu.*

*En foi de quoi, j'ai signé(e) le*

\_\_\_\_\_   
 a a a a / m m / j j

Date

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin

\_\_\_\_\_  
Adresse du bénéficiaire (numéro, rue, appartement, case postale)

\_\_\_\_\_  
Adresse du témoin (numéro, rue, appartement, case postale)

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Code postal

VOUS DEVEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À

RRCPEGPCQ  
C.P. 726, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K3

DES QUESTIONS?

Centre de contacts clients :  
Téléphone : 1 888 840-7890 sans frais  
Télécopieur : 514 840-7780  
Courriel : rrcpegpcq@aon.ca