

- Région Ouest du Québec

Nom	Prénom	No d'assurance sociale
Adresse résidentielle		
Nom du conjoint : _____		
<p>Conformément aux dispositions du régime, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et nomme _____ à titre de bénéficiaire pour recevoir à mon décès toute prestation payable par ledit régime et conserve le droit de changer ce bénéficiaire sans son consentement. Toutefois, si j'ai accumulé deux années de participation et que j'ai un conjoint lors de mon décès, celui-ci devient automatiquement le bénéficiaire de toute prestation payable par ledit régime eu égard à ma participation à compter du 1 janvier 1987.</p>		
Signature du participant	Témoïn	Date