

FORM 3.01

WAIVER BY SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER (REDUCED LIFE EXPECTANCY) - LIRA, LIF, ANNUITY

(General Regulation - Pension Benefits Act, ss.21(2)(d), 23(1)(i) and 25.4(1))

***TO:** _____
name of administrator

administrator of _____
name of pension plan

- OR -

***TO:** _____
name of pension plan

financial institution that acts as a trustee for the locked-in retirement account (LIRA), life income fund (LIF) or annuity.

I, _____
full name

am the *spouse/*common-law partner of _____
full name

who is a member or former member of a pension plan regulated by the *Pension Benefits Act* or the owner of a LIRA, LIF or annuity.

I acknowledge that I waive any right I have in the pension fund, LIRA, LIF or annuity, as the case may be, under the *Pension Benefits Act*, its regulations or the pension plan.

I understand that as a result of my signing this waiver

(a) I waive any right I may have to a survivor pension of at least sixty per cent of my *spouse's benefit/ *common-law partner's benefit should my *spouse/ *common-law partner predecease me,

(b) the pension, LIRA, LIF or annuity, or a portion of it, is to be withdrawn because my *spouse/*common-law partner suffers from a significant physical or mental disability that considerably reduces life expectancy, and

(c) payment will be made to my *spouse/*common-law partner as a cash lump sum or as a series of payments, and this may result in my receiving no survivor benefits.

I hereby acknowledge that I have read the contents of this waiver form, sign it freely and voluntarily and understand the consequences of signing it.

Declared before me _____ at _____
this _____ day of _____,
20_____

Signature of Declarant

* A Notary Public in and **or** A Commissioner of Oaths*
for the _____ Being a Solicitor/* My
of _____ Commission Expires _____

(Seal)

* DELETE INAPPLICABLE PORTIONS. MUST BE TAKEN BY A NOTARY PUBLIC IF DECLARED OUTSIDE NEW BRUNSWICK.

NOTE:

(a) This waiver is not valid unless it is signed and delivered to the administrator of the pension plan or the financial institution that acts as trustee for the locked-in retirement account, life income fund or annuity within one year preceding payment.

(b) This waiver may be revoked by the spouse or common-law partner communicating such revocation to the administrator at any time prior to payment.

FORMULE 3.01

RENONCIATION DU CONJOINT OU DU CONJOINT DE FAIT (ESPÉRANCE DE VIE RÉDUITE) - CRI, FRV OU RENTE

(Règlement général - Loi sur les prestations de pension, art.21(2)d, 23(1)i) et 25.4(1))

***DESTINATAIRE:** _____
nom de l'administrateur

administrateur de _____
nom du régime de pension

- OU -

***DESTINATAIRE:** _____
nom de l'institution financière

institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour un compte de retraite immobilisé (CRI), un fond de revenu viager (FRV) ou une rente.

Je soussigné(e), _____
nom au complet

suis le *conjoint *ou le conjoint de fait de _____
nom au complet

qui est un participant ou ancien participant d'un régime de pension régit par la *Loi sur les prestations de pension* ou le propriétaire d'un CRI, FRV ou d'une rente.

Je reconnais renoncer à tout droit que j'ai dans un régime de pension, CRI, FRV ou rente, le cas échéant, en vertu de la *Loi sur les prestations de pension*, ses règlement ou du régime de pension.

Je comprends qu'en apposant ma signature sur la présente renonciation

a) je renonce à tout droit que je puis avoir à la pension de survivant d'au moins soixante pour cent des prestations de mon conjoint au cas où mon *conjoint *ou de mon conjoint de fait au cas où il me précéderait,

b) la pension, CRI, FRV ou rente, ou une partie de celui-ci, doit être retiré parce que mon *conjoint *ou mon conjoint de fait souffre d'une invalidité physique ou mentale importante qui réduit de façon importante son espérance de vie, et

c) le paiement sera versé à mon *conjoint *ou à mon conjoint de fait sous forme de somme forfaitaire ou par une série de paiements, et que cela peut avoir comme résultat de m'empêcher de recevoir des prestations de survivant.

Par les présentes, je reconnais avoir lu le contenu de la présente formule de renonciation, que je l'ai signée librement et volontairement et que je comprends les conséquences de ma signature.

Déclaré(e) devant moi _____ à _____
le _____,
20_____

signature du déclarant

* Notaire dans et pour **ou** Commissaire aux serments *
la _____ en ma qualité d'avocat/
de _____ *Ma commission expire le _____

(Sceau)

*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES. DOIT ÊTRE FAITE DEVANT UN NOTAIRE SI LA DÉCLARATION EST FAITE À L'EXTÉRIEUR DU NOUVEAU-BRUNSWICK.

REMARQUE:

a) La présente renonciation n'est valide que si elle est signée de délivrée à l'administrateur du régime de pension ou à l'institution financière qui agit à titre de fiduciaire pour le compte de retraite immobilisé, fonds de revenu viager ou la rente, dans l'année précédant le paiement.

b) La présente renonciation peut être annulée par le conjoint ou le conjoint de fait, en tout temps avant le paiement, en communiquant une telle révocation à l'administrateur.