

# DÉCLARATION D'ÉTAT CIVIL (NOUVEAU-BRUNSWICK)

## Section 1 : Veuillez lire cette section et cocher une case, s'il y a lieu.

J'ai un « conjoint » tel que défini dans le Régime de retraite multi-sectoriel (« RRMS »). Mon conjoint est une personne de même sexe ou de sexe opposé, avec qui :

- Je suis marié; OU je suis uni par un mariage qui peut être annulé et ne l'a pas été en vertu d'une déclaration de nullité.
- J'ai conclu de bonne foi une forme de mariage qui est nul et avec qui j'ai cohabité pendant l'année qui a précédé; OU je ne suis pas marié, mais avec qui j'ai cohabité dans le cadre d'une relation conjugale pendant une période continue d'au moins deux ans.

## Section 2 : Veuillez cocher une seule des cases ci-dessous et fournir les renseignements requis.

1. Mon conjoint, tel que défini ci-haut est:

Nom complet du conjoint : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Année Mois Jour*

Date de début de notre relation ou date de mariage : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Année Mois Jour*

(Veuillez annexer une preuve d'âge du conjoint et une preuve de la relation SEULEMENT si vous demandez une rente mensuelle.)

**OU**

2. Personne ne répond à la définition de « conjoint » fournie plus haut.

## Section 3 : Signature et date du demandeur et du témoin.

POUR LES PARTICIPANTS QUI SONT DIVORCÉS OU SÉPARÉS OU QUI NE SONT PLUS EN UNION DE FAIT : J'atteste que mon ex-conjoint n'a pas droit à une partie de ma rente de retraite. Si mon ex-conjoint présente une demande valide à l'avenir, je rembourserai au RRMS tous les coûts ou règlements effectués auprès de mon ex-conjoint. Advenant le cas où mon ex-conjoint aurait droit à une partie de ma rente de retraite, je soumettrai une copie de l'ordonnance du tribunal, de la sentence d'arbitrage familial ou du contrat familial tenant lieu d'entente de séparation.

Je fais cette déclaration en sachant qu'EnAvantage s'y fiera pour traiter ma demande de rente.

Signé le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
*Jour Mois Année*

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom du demandeur (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

**Le témoin ne peut être quelqu'un qui recevrait une prestation en vertu de cette présente déclaration.**

**VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE POUR VOS DOSSIERS**