

**Demande pour**

<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant dépendant Ou enfant invalide	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire mineur
Partie 1	Partie 2 (A-B-C-D)	Partie 2 (A-D)

**Identification de la personne décédée**

Nom	Prénom	Numéro d'employé	Numéro d'assurance sociale
<b>Date de naissance:</b>		<b>Date de décès:</b>	
<b>Statut du membre:</b> <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Différé			
<b>Statut civil:</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Marié			

**Partie 1 – Information sur le (la) conjoint(e)**

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (jj/mm/aa) NAS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ No Tel.: \_\_\_\_\_

Afin de finaliser le dossier de retraite et la réclamation d'assurance-vie (si applicable), veuillez joindre :

- un original du certificat de décès émis par la maison funéraire
- une photocopie du testament (si applicable)
- une photocopie de votre certificat de mariage (Déclaration de conjoint(e)) ou une assermentation)
- une photocopie de votre certificat de naissance
- un chèque avec la mention « ANNULÉ » pour le versement électronique à votre compte bancaire
- une photocopie du certificat de naissance du membre

Définition de conjoint(e) en vertu du texte du Régime de retraite, article 2.37 :  
Le conjoint ou la conjointe est la personne du même sexe ou du sexe opposé que vous avez épousée légalement ou avec laquelle vous vivez en union de fait depuis au moins une année à la date de votre retraite.

Signature du (de la) conjoint(e) (Partie 1)	Date

Je déclare par la présente, ma signature en faisant foi, qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans cette déclaration son véridiques et complets.

**Partie 2 – Information sur les enfants à charge et sur la personne ayant la charge légale**

**A- Information sur le(s) enfant(s) dépendant(s)**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/yy) NAS : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/yy) NAS : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Personne à charge et/ou enfant(s) dépendant(s) en vertu de l'article 2.5 du texte du régime de retraite:  
Un enfant à charge est un enfant naturel ou adopté qui dépend financièrement de vous au moment de votre départ à la retraite, de plus, au moment de lui verser une prestation de survivant, il :

a) n'a pas encore 19 ans et n'atteindra pas cet âge durant l'année civile de votre décès; ou (compléter section D)

b) fréquente un établissement scolaire à temps plein et n'a pas encore 27 ans; ou (compléter section B)

c) est dépendant de vous en raison de son handicap mental ou physique (compléter sections C & D) **(veuillez communiquer avec l'administrateur du régime de retraite pour plus d'information et sur les critères d'admissibilité)**

**Partie 2 (suite)**

**- Information sur les enfants à charge et sur la personne ayant la charge légale**

<b>B- Information sur l'étudiant</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Déclaration de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement</b>	
Nom de l'établissement d'enseignement: _____	
Type d'inscription: <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Autre Si autres, veuillez expliquer: _____	
Qu'étudiez-vous? Préciser le cours, le niveau ou la faculté : _____	
Préciser la date de début et la date de fin de votre session actuelle: début _____ fin _____	
<b>Signature de l'étudiant</b>	<b>Date</b>

<b>C- Enfant invalide</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez nous fournir les informations sur la nature de l'invalidité de l'enfant (caractères lisibles)
Date du début de l'invalidité totale: _____
Diagnostic _____
Symptômes subjectifs _____
Prognostique _____

<b>D- Information et signature de la personne ayant la garde légale de l'enfant ou fiduciaire désigné.</b> (enfant invalide ou bénéficiaire mineur)	
Nom/prénom _____ NAS _____	
Adresse: _____	
No téléphone (Maison) _____ No téléphone (Travail) _____ ext. _____	
Je déclare avoir la garde légale de l'enfant ou des enfants mentionné(s) dans ce formulaire	
Signature _____ Lien _____ Date _____	
Veuillez inclure: (Partie 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• une copie du certificat de naissance de l'enfant à charge</li> <li>• un certificat médical récent confirmant l'état de santé de l'enfant à charge</li> <li>• une photocopie de la nomination du fiduciaire désigné ou du tuteur</li> <li>• un chèque avec la mention « ANNULÉ » pour le versement électronique à votre compte bancaire</li> <li>• un original du certificat de décès émis par la maison funéraire</li> <li>• une photocopie du testament</li> <li>• une photocopie du certificat de naissance du membre</li> <li>• une preuve de fréquentation scolaire</li> </ul>	
<b>Signature (Partie 2)</b>	<b>Date</b>
Je déclare par la présente, ma signature en faisant foi, qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans cette déclaration sont véridiques et complets.	