CAN/TT 1.1

CONSEIL D'ASSURANCE NATIONALE - TRINITÉ-ET-TOBAGO

DEMANDE DE PRESTATION DE SURVIVANT
PRESTATION FORTAITAIRE DE DÉCÈS
EN VERTU DE L'ACCORD SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE TRINITÉ-ET-TOBAGO ET LE CANADA

Veuillez PRENDRE NOTE des pièces justificatives requises, précisées au verso de la présente formule.
Pour la prestation forfaitaire de décès, remplir la Section A - Questions 1 à 7, 9, 10, 12.1 et 12.2; Section B - Questions 1 à 3.1, 11.4. et 12 et tous les Sections F et G. Pour 10 prestation de survivant, remplir le formulaire au complet, à l'exception de la Section B, Question 12.

SECTION "A" - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT

1. NOM: _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

1.1 NUMÉRO D'ASSURANCE NATIONALE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

2. NOM À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT): _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

1.2 NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU CANADA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

3. DERNIÈRE ADRESSE: _____

4. DATE DE NAISSANCE: [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AAAA MM JJ

5. SEXE: [ ] MASCULIN [ ] FEMININ

6. NOM DU PÈRE: _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

7. NOM À LA NAISSANCE DE LA MÈRE _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

8. ÉTAT CIVIL (Au moment du décès): *(Cocher la case (√) appropriée)*

8.1 [ ] CÉLIBATAIRE 8.2 [ ] MARIÉ(E) 8.3 [ ] VEUF/VEUVE 8.4 [ ] DIVORCÉ(E) 8.5 [ ] SEPARÉ(E) 8.6 [ ] CONJOINT(E) DE FAIT

8.7 DATE DU DÉCÈS DU CONJOINT [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AAAA MM JJ

8.8 DATE DU DIVORCE [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AAAA MM JJ

9. DATE DU DÉCÈS: [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AAAA MM JJ

10. DERNIER EMPLOI À TRINITÉ-ET-TOBAGO: _____

11. DERNIER JOUR TRAVAILLÉ: [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AAAA MM JJ

12. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS À TRINITÉ-ET-TOBAGO DEPUIS LE 1972 AVRIL 10.
Joindre des feuilles additionnelles au besoin.

12.1 NOM DE L'EMPLOYEUR	12.2 ADDRESSE	12.3 REGISTRATION D'IMMATICULATION (Si connu)	12.4 PERIOD DE L'EMPLOI DU AAAA MM JJ	AU AAAA MM JJ

13. PÉRIODES D'EMPLOI DANS D' AUTRES PAYS.

13.1 PAYS	13.2 NOM DE L'EMPLOYEUR	13.3 ADDRESSE	13.4 REGISTRATION D'IMMATRICULATION Si connu	13.5 PERIOD DE L'EMPLOI DU AAAA MM JJ	AU AAAA MM JJ

SECTION "B" - RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT/LA REQUÉRANTE

1. NOM: _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

1.1 NUMÉRO D'ASSURANCE NATIONALE

2. NOM À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT): _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

1.2 NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU CANADA

3. ADRESSE: _____

3.1 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

4. DATE DE NAISSANCE: AAAA MM JJ

5. NOM DU PERE _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

6. NOM À LA NAISSANCE DE LA MERE _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

7. ÉTAT CIVIL ACTUEL

7.1 ☐ CÉLIBATAIRE 7.2 ☐ MARIÉ(E) 7.3 ☐ VEUF/VEUVE 7.4 ☐ DIVORCÉ(E) 7.5 ☐ SEPARÉ(E) 7.6 ☐ CONJOINT(E) DE FAIT

8. LIEN AVEC LE COTISANT: _____

9. VEUILLEZ COCHER (✓) LES PRESTATIONS QUE VOUS DEMANDEZ:

9.1 ☐ PRESTATION DE VEUF 9.2 ☐ PRESTATION DE 9.3 ☐ ALLOCATION POUR ENFANT 9.4 ☐ ALLOCATION POUR ORPHELIN 9.5 ☐ PENSION DE PARENT À CHARGE

10. Une demande de prestation forfaitaire de décès a-t-elle été présentée? ☐ OUI ☐ NON
Si «NON», joindre un acte de décès à la présente formule.

11. Est-ce que vous recevez présentement une prestation de survivant de Trinité-et-Tobago? ☐ OUI ☐ NON
Si «OUI», donner le nom, le numéro d'assurance nationale et la dernière ddresse de la personne décédée pour laquelle vous recevez cette prestation ainsi que le lien que vous entreteniez avec elle.

11.1 NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE: _____ *NOM DE FAMILLE* *PRÉNOM(S)*

11.2 NUMÉRO D'ASSURANCE

11.3 DERNIÈRE ADRESSE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE: _____

11.4 LIEN AVEC LA PERSONNE DÉCÉDÉE: _____

12. IDENTIFICATION: (Cocher (✓) la case appropriée)

TYPE: 12.1 ☐ PASSEPORT 12.2 ☐ PERMIS DE CONDUIRE 12.3 ☐ CARTE D'IDENTITÉ 12.4 ID NUMÉRO:

SECTION "C" - RENSEIGNEMENTS SUR LE VEUF/LA VEUVE

NOTE: LA LOI SUR L'ASSURANCE NATIONALE PRÉCISE QU'UNE PRESTATION SERA VERSÉE AUX VEUFS ET AUX VEUVES D'UNIONS DE FAIT

1. Étiez-vous le conjoint légitime de la personne décédée? ☐ OUI ☐ NON
Si «OUI», veuillez donner la date du mariage: AAAA MM JJ
Si «NON», avez-vous été nommé bénéficiaire? ☐ OUI ☐ NON

*2. Étiez-vous marie avant cette relation? ☐ OUI ☐ NON
Si «OUI», veuillez indiquer le lien que vous entretenez actuellement avec votre ancien conjoint.
2.1 ☐ DIVORCÉ(E) 2.2 ☐ VEUF/VEUVE 2.3 ☐ SÉPARÉ(E)

*3. Y a-t-il un conjoint survivant connu de la personne décédée? ☐ OUI ☐ NON

4. Étiez-vous enceinte au moment du décès de votre conjoint? ☐ OUI ☐ NON

5. Avez-vous moins de 55 ans et un handicap mental ou physique? ☐ OUI ☐ NON
Si «OUI», veuillez soumettre un certificat médical.

6. Avez-vous déja présenté une demande de prestation de survivant de Trinité-et-Tobago? ☐ OUI ☐ NON
Si «OUI», veuillez indiquer le bureau local où la demande a été présentée.

_____

***Question applicable aux conjointes de fait**

SECTION "D" - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT/L'ORPHELIN

1. Est-ce que les enfants pour qui une allocation est demandée:
   (a) Sont les enfants de la personne décédée? ☐ OUI ☐ NON
   (b) Sont entretenus par vous? ☐ OUI ☐ NON
   (c) Demeurent avec vous? ☐ OUI ☐ NON

   Si la réponse à b) ou c) est NON, veuillez fournir des renseignements sur le tuteur ou l'établissement responsable des enfants.

   1.1 NOM DU TUTEUR OU DE L'ÉTABLISSEMENT: _____

   1.2 ADRESSE DU TUTEUR OU DE L'ÉTABLISSEMENT: _____

2. Veuillez fournir ci-dessous des renseignements sur les enfants inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement. (Joindre des feuilles additionnelles au besoin.)

2.1 NOM DE L'ENFANT OU DE L'ORPHELIN NOM DE FAMILLE PRÉNOM(S)	DISABLED		2.3 ADRESSE	2.4 DATE DE NAISSANCE			2.5 ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT
	OUI	NON		AAAA	MM	JJ	

SECTION "E" - UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES QUI DEMANDENT UNE PRESTATION

1. Est-ce que la personne décédée subvenait en partie ou en totalité a vos besoins? ☐ OUI ☐ NON

SECTION "F" - MODALITÉS DE PAIEMENT

1. Veuillez verser la prestation à:

   NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIÈR: _____

   ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIÈR: _____

   _____

   NUMÉRO DE COMPTE: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

   NUMÉRO OU CODE DE LA SUCCURSALE DE LA BANQUE (s'il y a lieu): ☐☐☐☐☐☐☐☐

   MONNAIE DU PAYS OÙ VOUS DEMEUREZ: _____

2. S'AGIT-IL D'UN COMPTE CONJOINT? ☐ OUI ☐ NON

   SI «OUI», VEUILLEZ INDIQUER LE NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE: _____

   _____

   _____

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UN DÉLIT AUX TERMES DES LOIS DE TRINITÉ-ET-TOBAGO.

SECTION "G" - AUTORISATION

AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Aux fins de la présente demande soumise en vertu de la législation de Trinité-et-Tobago, j'autorise Développement des ressources humaines Canada à fournir au Conseil d'assurance nationale de Trinité-et-Tobago tout renseignement qu'il détient qui se rapporte ou pourrait se rapporter à la présente demande de prestations.

SECTION "H" - DÉCLARATION ET SIGNATURE DU REQUÉRANT/DE LA REQUÉRANTE

1. **DÉCLARATION DU REQUÉRANT/ DE LA REQUÉRANTE**

Par la présente, je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques et exacts, et je m'engage à signaler au Conseil d'assurance nationale de Trinité-et-Tobago tout changement qui pourrait influencer mon admissibilité aux prestations.

SIGNATURE DU REQUÉRANT/DE LA REQUÉRANTE:

_____

DATE: | | | | | | | | AAAA | MM | JJ

2. **DÉCLARATION DU TÉMOIN**

(Lorsque le requérant ou la requérante ne peut pas signer)

J'ai lu la présente demande au requérant/à la requérante, qui semble en comprendre le contenu, et qui a apposé sa croix.

2.1 NOM DU TÉMOIN:

_____

NOM DE FAMILLE *PRÉNOM(S)*

2.2 ADRESSE DU TÉMOIN:

_____

_____

2.3 SIGNATURE DU TÉMOIN:

_____

DATE: | | | | | | | | AAAA | MM | JJ

NIB,
TRINITÉ-ET-TOBAGO
1999 JUNE 22

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Pièces justificatives requises à l'appui de la demande.

L'organisme de liason du Canada doit (✓) la case appropriée sur réception des pièces justificatives.

1. COTISANT DÉCÉDÉ

☐ (a) Acte de décès.

2. CONJOINTE LÉGITIME - VEUVE

☐ (a) Certificat de mariage.
☐ (b) Acte de naissance de la veuve.
☐ (c) Certificat médical si invalide et âgée de moins de 55 ans.
☐ (d) Jugement irrévocable de divorce.
☐ (e) Certificat médical, si la requérante avait moins de 55 ans et était enceinte au moment du décès de son conjoint, et l'acte de naissance de l'enfant ou le rapport médical si l'enfant est mort-né.

3. CONJOINT LÉGITIME - VEUF

☐ (a) Certificat de mariage.
☐ (b) Preuve médicale indiquant la date du début de l'incapacité de travailler en raison d'une maladie.
☐ (c) Affidavits démontrant la dépendance envers la personne décédée.
☐ (d) Jugement irrévocable de divorce.

4. UNION DE FAIT - VEUF/VEUVE

☐ (a) Acte de naissance du requérant ou de la requérante.
☐ (b) Preuve de cohabitation jusqu'au moment du décès et état civil du requérant ou de la requérante
☐ (c) Certificat médical (si invalide).
☐ (d) Jugement irrévocable de divorce, le cas échéant.
☐ (e) Acte de décès du conjoint légitime, le cas échéant.
☐ (f) Certificat médical, si la requérante avait moins de 55 ans et était enceinte au moment du décès de son conjoint, et l'acte de naissance de l'enfant ou le rapport médical si l'enfant est mort-né.

5. ENFANT

☐ (a) Acte de naissance et affidavit à l'appui avec une preuve de paternité si l'enfant présente une demande à la suite du décès de son père et que le nom du père n'est pas inscrit sur l'acte de naissance.
☐ (b) Preuve d'études si l'enfant a entre 16 et 19 ans, c.-à-d, une lettre signée par le directeur d'école ou le chef de l'organisme attestant que l'enfant est aux études.
☐ (c) Preuve médicale si l'enfant est invalide
Lorsque l'enfant invalide a entre 16 et 19 ans et poursuit des études à temps plein, l'item 5(b) s'applique.

6. ORPHELIN

☐ (a) Acte de naissance et affidavit à l'appui avec une preuve de paternité si le nom du père n'est pas inscrit sur l'acte de naissance.
☐ (b) Actes de décès des deux parents.
☐ (c) Preuve d'études si l'enfant a entre 16 et 19 ans, c.-à.d. une lettre signée par le directeur d'école ou le chef de l'organisme attestant que l'enfant est aux études.
☐ (d) Preuve médicale si l'enfant est invalide
Lorsque l'enfant invalide a entre 16 et 19 ans et poursuit des études à temps plein, l'item 6(c) s'applique.

7. PARENT À CHARGE

☐ (a) Acte de naissance de la personne assurée décédée.
☐ (b) Preuve de soutien, c.-à-d. contrat, affidavit ou autre preuve acceptable.

8. PRESTATION FORFAITAIRE DE DÉCÈS

☐ (a) Acte de naissance du cotisant décédé.
☐ (b) Preuve de soutien, c,-à.d. contrat, affidavit ou autre preuve acceptable.
☐ (c) Factures ou recus pour les dépenses funéraires.
☐ (d) Affidavit au besoin.