

Régime de retraite de l'Université d'Ottawa

Demande de prestation au survivant

Demande pour

Conjoint(e) REEMPLIR LA PARTIE 1	Enfant dépendant mineur(e) ou enfant invalide REEMPLIR LA PARTIE 2 (A-B-C)	Bénéficiaire mineur(e) REEMPLIR LA PARTIE 2 (A-D)
--	--	---

Identification de la personne décédée

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E) 100-
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	DATE DE DÉCÈS JOUR MOIS ANNÉE
STATUT DU (DE LA) MEMBRE : ACTIF RETRAITÉ DIFFÉRÉ	ÉTAT CIVIL : CÉLIBATAIRE SÉPARÉ(E) / DIVORCÉ(E) VEUF(VE) CONJOINT(E) DE FAIT / MARIÉ(E)	

SECTION 1 - INFORMATION SUR LE (LA) CONJOINT(E)

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	ADRESSE	
ADRESSE COURRIEL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Afin de finaliser le dossier, veuillez joindre :

- un original du certificat de décès ou de la preuve de décès émise par le salon funéraire
- une photocopie du testament (si applicable)
- une photocopie d'un document officiel à l'appui de l'état civil, tel qu'une photocopie de votre certificat de mariage, une assermentation ou autre document juridique confirmant de l'union de fait
- une photocopie de votre certificat de naissance ou d'un document juridique valide qui comprend votre nom et date de naissance
- un chèque avec la mention « ANNULÉ » ou remplir le formulaire de dépôt direct (la rente est versée par dépôt direct seulement)
- une photocopie du certificat de naissance du membre ou d'un document juridique valide qui comprend le nom et la date 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) (SECTION 1)

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

JOUR	MOIS	ANNÉE
DATE		

SECTION 2 - INFORMATION SUR LES ENFANTS À CHARGE ET LE FIDUCIARE OU TUTEUR

A - Information sur le(s) enfant(s) à charge

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	ADRESSE	
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	ADRESSE	

Personne à charge et/ou enfant invalide 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 :

- n'a pas encore 19 ans et n'atteindra pas cet âge durant l'année civile de votre décès (compléter section D); ou
- fréquente un établissement scolaire à temps plein et n'a pas encore 27 ans (compléter section B); ou
- 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**)

Ressources humaines – Régimes de retraite

550 Cumberland, pièce 019 Ottawa ON K1N 6N5

613-562-5832 • pensionrh@uOttawa.ca • rh.uOttawa.ca

SECTION 2 - (SUITE) - INFORMATION SUR LES ENFANTS À CHARGE ET SUR LE FIDUCIAIRE OU TUTEUR

B - Information sur l'étudiant(e)

Déclaration de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement													
NOM DE L'ÉTUDIANT(E)													
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT													
TYPE D'INSCRIPTION :	TEMPS PLEIN AUTRE <input type="checkbox"/> SI AUTRE, VEUILLEZ EXPLIQUER :												
QU'ÉTUDEZ-VOUS ? PRÉCISER LE COURS, LE NIVEAU OU LA FACULTÉ :													
PRÉCISER LA DATE DE DÉBUT ET LA DATE DE FIN DE VOTRE SESSION ACTUELLE :	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">DÉBUT</th> <th colspan="3">FIN</th> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table>	DÉBUT			FIN			JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
DÉBUT			FIN										
JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE								
<hr/> SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT(E) <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table> DATE		JOUR	MOIS	ANNÉE									
JOUR	MOIS	ANNÉE											

Déclaration de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement													
NOM DE L'ÉTUDIANT(E)													
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT													
TYPE D'INSCRIPTION :	TEMPS PLEIN AUTRE <input type="checkbox"/> SI AUTRE, VEUILLEZ EXPLIQUER :												
QU'ÉTUDEZ-VOUS ? PRÉCISER LE COURS, LE NIVEAU OU LA FACULTÉ :													
PRÉCISER LA DATE DE DÉBUT ET LA DATE DE FIN DE VOTRE SESSION ACTUELLE :	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">DÉBUT</th> <th colspan="3">FIN</th> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table>	DÉBUT			FIN			JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
DÉBUT			FIN										
JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE								
<hr/> SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT(E) <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table> DATE		JOUR	MOIS	ANNÉE									
JOUR	MOIS	ANNÉE											

C - Enfant invalide

Veillez nous fournir les informations sur la nature de l'invalidité de l'enfant.				
NOM DE L'ENFANT				
DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ TOTALE :	<table border="1"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE		
DIAGNOSTIC				
PRONOSTIC				

Veillez nous fournir les informations sur la nature de l'invalidité de l'enfant.				
NOM DE L'ENFANT				
DATE DU DÉBUT DE L'INVALIDITÉ TOTALE :	<table border="1"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table>	JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE		
DIAGNOSTIC				
PRONOSTIC				

D - Information et signature du fiduciaire ou tuteur des biens désigné

Enfant invalide ou bénéficiaire mineur(e)					
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE			
ADRESSE		ADRESSE COURRIEL			
NUMÉRO DE TELEPHONE (MAISON)	NUMÉRO DE TELEPHONE (TRAVAIL)	POSTE			
Je déclare être le fiduciaire ou tuteur des biens désigné de l'enfant ou des enfants mentionné(s) dans ce formulaire					
<hr/> SIGNATURE <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table> DATE		JOUR	MOIS	ANNÉE	<hr/> LIEN
JOUR	MOIS	ANNÉE			
Veillez inclure : (Section 2) <ul style="list-style-type: none"> une copie du certificat de naissance de l'enfant à charge ou d'un document juridique valide qui comprend le nom et la date de naissance de l'enfant un certificat médical récent confirmant l'état de santé de l'enfant à charge une photocopie de la nomination du fiduciaire ou du tuteur des biens désigné un chèque avec la mention « ANNULÉ » ou remplir le formulaire Demande de dépôt direct (la rente est versée par dépôt direct seulement) un original du certificat de décès ou de la preuve de décès émise par le salon funéraire une photocopie du testament (si applicable) une photocopie du certificat de naissance du membre ou d'un document juridique valide qui comprend le nom et la date de naissance du membre une preuve de fréquentation scolaire de l'enfant à charge (s'il y a lieu) 					
Je déclare par la présente, ma signature en faisant foi, qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans cette déclaration sont véridiques et complets.					
<hr/> SIGNATURE (SECTION 2) <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td>ANNÉE</td> </tr> </table> DATE		JOUR	MOIS	ANNÉE	
JOUR	MOIS	ANNÉE			

Avis de collecte de renseignements personnels : Conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario et le [Règlement 90](#) de l'Université d'Ottawa, vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi de l'Université d'Ottawa, 1965*. Vos renseignements personnels recueillis par les Ressources humaines, Secteur pension seront utilisés pour des fins compatibles avec l'administration de votre régime de retraite. Si vous avez des questions sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels dans cet avis, s'il vous plaît communiquez avec les Ressources humaines, Secteur pension, 550, rue Cumberland, Pièce 019, Ottawa, Ontario K1N 6N5, Tél. : 613-562-5832 ou au pensionrh@uOttawa.ca.

Ressources humaines – Régimes de retraite

550 Cumberland, pièce 019 Ottawa ON K1N 6N5
613-562-5832 • pensionrh@uOttawa.ca • rh.uOttawa.ca

