



GE - CAN 1

**Demande de prestations canadiennes de vieillesse, de retraite et de survivants en vertu de l'accord de sécurité sociale entre le Canada et**

Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dans quelle langue désirez-vous qu'on s'adresse à vous?

Français  Anglais

- Veillez :**
- Lire le guide ci-joint
  - Remplir les espaces clairs seulement

SECTION 1 - À ÊTRE REMPLIE PAR TOUT DEMANDEUR	À l'usage exclusif de l'institution de sécurité sociale
<p><b>1. Numéros d'assurance sociale du cotisant ou du demandeur de la Pension de la sécurité de la vieillesse</b></p> <p>Numéro de sécurité sociale ou d'identité <span style="margin-left: 200px;">Numéro d'assurance sociale du Canada</span></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div> </div>	<p><b>Date de réception :</b></p>
<p><b>2. Indiquer les prestations demandées et fournir la documentation requise</b></p>	
<b>A. PRESTATION FONDÉE SUR LA RÉSIDENCE AU CANADA APRÈS AVOIR ATTEINT L'ÂGE DE 18 ANS :</b>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Pension de la sécurité de la vieillesse</b></p> <p><b>Remplissez :</b> les sections 1, 2, 3 et 7</p> <p><b>Fournissez :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un certificat de naissance ou de baptême</li> <li>• une preuve de votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada (carte de citoyenneté canadienne, preuve d'immigration, etc.). <b>SI VOUS ÊTES NÉ AU CANADA ET Y AVEZ TOUJOURS VÉCU JUSQU'AU MOMENT DE VOTRE DÉPART, CETTE PREUVE N'EST PAS REQUISE.</b></li> <li>• une preuve de la date de votre entrée et la date de votre départ du Canada (passeports, visas, billets de navire ou d'avion, etc.)</li> </ul>	<p><b>Indiquez :</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p><b>Vérfié par :</b></p>
<b>B. PRESTATIONS FONDÉES SUR LES COTISATIONS REMISES AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA DEPUIS JANVIER 1966 :</b>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Pension de retraite</b></p> <p><b>Remplissez :</b> les sections 1, 2, 4 et 7</p> <p><b>Fournissez :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un certificat de naissance ou de baptême</li> </ul>	<p><b>Indiquez :</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <p><b>Vérfié par :</b></p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Pension de survivant</b>      <input type="checkbox"/> <b>Prestations d'enfant survivant</b>      <input type="checkbox"/> <b>Prestation de décès</b></p> <p><b>Remplissez :</b> les sections 1, 2, 5, 6 (le cas échéant) et 7</p> <p><b>Fournissez* :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un certificat de décès</li> <li>• un certificat de naissance ou de baptême du cotisant décédé</li> <li>• un certificat de naissance ou de baptême du survivant et de chaque enfant à charge</li> <li>• un certificat de mariage</li> </ul>	<p><b>Indiquez :</b></p> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> </div> <div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> </div> <p><b>Vérfié par :</b></p>
<p>* Si vous demandez une Prestation de décès seulement, fournissez un certificat de décès et un certificat de naissance ou de baptême du cotisant décédé.</p>	
<p>Si vous voulez présenter une demande de prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada, veuillez remplir le formulaire GE-CAN 1 (DI) qui est disponible sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.</p>	

**SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE COTISANT OU LE DEMANDEUR DE LA PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE. (À être remplie par tout demandeur)**

3.  Homme  Femme

4. Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_ Nom de famille à la naissance \_\_\_\_\_

5. Adresse (N° et rue, app.) \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville ou Village \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

6. Adresse postale :  même que celle indiquée à la question 5 ou

7. Lieu de naissance \_\_\_\_\_

8. Nom inscrit sur la carte d'assurance sociale canadienne  
 même que celui indiqué à la question 4 ou

9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et le pays où vous résidez présentement.

Nom du pays	Numéro d'assurance sociale dans ce pays	Résidence				Emploi				Une prestation a-t-elle été demandée?	
		De		À		De		À		Oui	Non
		Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1966, avez-vous été ou votre époux ou conjoint de fait a-t-il été admissible aux Allocations familiales ou à la Prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 1958?  
 Cotisant  Oui  Non      Époux ou conjoint de fait  Oui  Non

11A. État civil  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  
 Veuf(ve)  Divorcé(e)  Union de fait

11B. Nom complet de l'époux ou conjoint de fait \_\_\_\_\_

11C. Date de naissance de l'époux ou conjoint de fait  
 Année | | | | Mois | | Jour | |

**SECTION 3 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE (Sinon, voir la SECTION 4)**

12. Si vous êtes né(e) hors du Canada, indiquez la date et le lieu d'entrée au Canada.  
 Année | | | | Mois | | Jour | | Lieu \_\_\_\_\_

13. Indiquez votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada  
 Citoyen canadien  Résident permanent (immigrant reçu)  Admis aux termes d'un permis du Ministre  
 Autres (spécifiez) \_\_\_\_\_

14. Énumérez les endroits où vous avez demeuré de votre naissance jusqu'à ce jour. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les changements dans une même localité. (Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire.)

De		À		Ville ou Village	Province ou État	Pays
Année	Mois	Année	Mois			

15. Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux personnes, non parentes avec vous par le sang ou par alliance, qui connaissent les détails de votre résidence au Canada.

Nom	Adresse	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)

**SECTION 4 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE RETRAITE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA**  
 (Sinon, voir la SECTION 5)

<b>16A.</b> Quand désirez-vous que commence le versement de la pension de retraite?  Année      Mois <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> OU <input type="checkbox"/> le premier mois d'admissibilité						<b>16B.</b> Si vous êtes âgé(e) de 60 à 64 ans et cotisez au Régime de pensions du Canada, avez-vous cessé ou cesserez-vous de travailler entièrement ou dans une large mesure avant la date indiquée au numéro 16A?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si « <b>Oui</b> », quand avez-vous cessé ou cesserez-vous de travailler entièrement ou dans une large mesure?  Année      Mois <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>					

**SECTION 5 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE SURVIVANT OU UNE PRESTATION DE DÉCÈS (Sinon, voir la SECTION 6)**
**A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE DEMANDEUR**

17. Prénom	Nom de famille	Nom de famille à la naissance
18. Adresse (N° et rue, app.)  Code postal      Ville ou Village      Pays		19. Adresse postale : <input type="checkbox"/> même que celle indiquée à la question 18 ou

20. Lien de parenté du demandeur avec le cotisant décédé ▶

21. Y a-t-il un exécuteur, un administrateur ou un représentant légal de la succession du cotisant décédé?

- Oui      Si « **Oui** », indiquez si la personne est :       celle nommée aux questions 17 et 18 ou  
 Non       celle nommée ci-dessous

Prénom      Nom de famille

Adresse (N° et rue, app.)

Code postal      Ville ou Village      Pays

**B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SURVIVANT**

22. Numéro d'assurance sociale du Canada <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-left: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr></table>											23. Prénom <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou	Nom de famille <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou	Nom de famille à la naissance <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou
24. Êtes-vous invalide?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	25. Au moment du décès, demeuriez-vous avec le cotisant?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	26. Au moment du décès, étiez-vous marié au cotisant?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											

27. Si vous êtes âgé de moins de 45 ans, indiquez si, au moment du décès du cotisant, vous entreteniez :

- a) un enfant du cotisant âgé de moins de 18 ans. Si l'enfant n'était pas sous votre garde ni sous votre surveillance, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille supplémentaire.       Oui       Non
- b) un enfant invalide du cotisant âgé de 18 ans ou plus.       Oui       Non
- c) un enfant du cotisant âgé de 18 à 25 ans fréquentant l'école ou l'université à plein temps. Si « **Oui** », veuillez indiquer sur une feuille supplémentaire le nom de l'enfant et la date de sa naissance ainsi que le nom de l'école ou l'université qu'il fréquente.       Oui       Non

 28. Si « **Oui** » à l'une ou l'autre des questions au n° 27, avez-vous entretenu l'enfant depuis le décès du cotisant jusqu'à présent?       Oui       Non

SECTION 6 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION D'ENFANT SURVIVANT (Sinon, voir la SECTION 7) Les questions 30 et 31 doivent être remplies seulement lorsque le demandeur n'est pas la personne nommée à la question 17.					
29.	Nom complet de l'enfant	Date de naissance			À l'usage exclusif de l'institution de sécurité sociale Vérfié par :
		Année	Mois	Jour	
30. Prénom		Nom de famille			
31. Adresse (N° et rue, app.)					
Code postal		Ville ou Village		Pays	

**TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE  
DEMANDE CONSTITUE UN DÉLIT AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE**

**SECTION 7 - DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE DEMANDEUR**

**À NOTER :** Si vous faites une demande au nom du demandeur, indiquez sur une feuille supplémentaire votre nom au complet, votre adresse et la raison pour cette demande.

<b>32. Déclaration de la personne qui fait la demande</b>  Je certifie que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'autorise l'institution de sécurité sociale du pays qui est signataire de cet Accord à fournir à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et pièces justificatives qu'elle possède et qui sont ou qui peuvent être relatifs à cette demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise la Loi sur la sécurité de la vieillesse ou le Régime de pensions du Canada.  <b>Signature du demandeur</b> ▶ _____  <b>NOTE :</b> La signature au moyen d'une croix n'est acceptée que si une personne responsable en atteste l'authenticité en signant la déclaration ci-contre.		<b>33. Déclaration du témoin seulement si le demandeur signe au moyen d'une croix</b>  J'ai lu le présent formulaire rempli au requérant qui a semblé le comprendre et qui a signé d'une croix en ma présence.  _____ Signature du témoin  Nom du témoin (en lettres moulées)  Adresse du témoin
Date de la demande Année    Mois    Jour 	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) [    ]	

**À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA**

En vigueur le - SV Année    Mois    Jour 	En vigueur le - RPC Année    Mois    Jour 	Date de réception Année    Mois    Jour 	Âge A    B    T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Statut de résidence X    Y    Z    O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Date de paiement - SV Année    Mois    Jour 	Date de paiement - RPC Année    Mois    Jour 	Date d'élection Année    Mois    Jour 	Résidence (Règlement de transition) 3(1)(b)    3(1)(c)	Résidence 3(1.1)
Montant total	Je certifie que le demandeur est admissible à la (aux) prestation(s) à partir de la (des) date(s) d'entrée en vigueur susmentionnée(s) et que cette (ces) prestation(s) est (sont) payable(s) aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse ou du Régime de pensions du Canada.			
Montant arrondi				
Certifié par :				
Vérfié par :	Date			