

**ENTENTE EN MATIERE DE SÉCURITÉ SOCIALE  
ENTRE LE QUEBEC ET LE ROYAUME DU MAROC**

**Demande de prestations  
du Régime de rentes du Québec**

**Rente de conjoint survivant,  
rente d'orphelin et prestation de décès**

# IMPORTANT

**Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.**

## **Demande de prestation de décès**

La prestation de décès consiste en un paiement unique qui peut être fait à la suite du décès d'un cotisant au Régime. La prestation est versée en priorité à la personne ou à l'organisme de charité qui a payé les frais funéraires à condition que la preuve du paiement (facture acquittée ou reçu de frais payés) soit fournie à la Régie dans les 60 jours suivant le décès.

Après 60 jours, si aucune demande n'a été présentée avec les preuves de paiement des frais funéraires, la prestation de décès peut être payée aux héritiers ou, à défaut, à d'autres personnes.

La personne décédée doit avoir suffisamment cotisé et la demande doit être faite dans les cinq ans suivant la date du décès.

## **Demande de rente de conjoint survivant**

À la suite du décès d'une personne qui a suffisamment cotisé au Régime, la rente de conjoint survivant est versée :

- au conjoint marié s'il n'y a pas eu de séparation légale;
- à la personne qui se qualifie comme conjoint de fait du cotisant décédé si ce dernier n'était pas marié ou s'il était séparé légalement;
- au conjoint séparé légalement sous certaines conditions.

Si vous êtes conjoint de fait, vous pouvez être reconnu comme conjoint survivant si vous avez habité avec le cotisant décédé au moins durant les trois années précédant le décès. Si un enfant est né ou à naître de votre union ou si vous avez adopté un enfant, une seule année de cohabitation suffit. La Régie reconnaît aussi les personnes de même sexe vivant maritalement comme des conjoints de fait.

## **Demande de rente d'orphelin**

**(enfant de moins de 18 ans à la date du décès)**

La rente d'orphelin est versée chaque mois et son montant est fixe. Elle est payable à la personne qui subvient aux besoins d'un enfant de la personne décédée si l'enfant avait moins de 18 ans à la date du décès.

On entend par "enfant de la personne décédée" :

- l'enfant de la personne décédée, qui habitait ou non avec elle;
- le beau-fils ou la belle-fille qui habitait avec la personne décédée;
- tout autre enfant qui habitait avec la personne décédée ou dont celle-ci assurait la subsistance.

Le paiement de la rente d'orphelin prend fin aux 18 ans de l'enfant.

## **Paiement des rentes**

Veillez noter que les rentes sont :

- payables à la fin du mois à partir duquel vous y avez droit. Par exemple, si vous y avez droit à partir d'avril, le paiement sera fait à la fin d'avril;
- augmentées, en janvier de chaque année, en fonction du coût de la vie;
- imposables.

## **Calcul des prestations**

Pour le cotisant qui se qualifie en vertu d'une entente de sécurité sociale, le montant de la prestation sera établi au prorata de ses cotisations versées au Régime de rentes du Québec.

## **Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels**

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

# DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU DE L'ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE QUÉBEC ET LE ROYAUME DU MAROC

**Note :** Cette demande doit être remplie par la personne qui réclame la ou les prestations de survivants. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

**Veillez écrire en lettres détachées.**

## Partie **A** RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT

Inscrire le numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada

<b>1</b>	Langue de correspondance souhaitée <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada.		
	Date d'arrivée au Canada année <i>jaar</i> mois <i>maand</i> jour <i>dag</i>	Date de départ du Canada année <i>jaar</i> mois <i>maand</i> jour <i>dag</i>		
<b>2</b>	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille du cotisant	Prénom	
	Nom de famille à la naissance si différent	Prénom à la naissance si différent		
<b>3</b>	Prénom du père		Prénom de la mère	
	Nom de la mère à la naissance			
<b>4</b>	Numéro de carte d'identité nationale du Maroc		Numéro d'immatriculation au Maroc	
<b>5</b>	Adresse (numéro, rue, appartement, case postale)			
	Ville	Province ou État	Pays	Code postal
	Téléphone			
	Au domicile		Autre	Poste
<b>6</b>	Date de naissance (année, mois, jour)		Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)	
<b>7</b>	État matrimonial			
	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié depuis année <i>jaar</i> mois <i>maand</i>	<input type="checkbox"/> Veuf depuis année <i>jaar</i> mois <i>maand</i>	<input type="checkbox"/> Divorcé depuis année <i>jaar</i> mois <i>maand</i>
	<input type="checkbox"/> Séparé légalement depuis année <i>jaar</i> mois <i>maand</i>			
<b>8</b>	Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada? (Ne pas tenir compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada)			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada :			

--	--	--

**9** Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et le Maroc?

- Oui. Remplissez ce qui suit.  Non. Passez à la section 10.

1<sup>er</sup> pays : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> pays : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse de retraite \_\_\_\_\_

**10** Certaines conditions peuvent aider une personne à devenir admissible à une rente ou à faire augmenter son montant :

- si le cotisant a reçu des prestations familiales pour un enfant (Soutien aux enfants, allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants);
- si le cotisant était admissible à des prestations familiales, mais qu'il n'en a pas reçu en raison d'un revenu familial trop élevé.

- A.** Le cotisant a-t-il eu ou pris en charge des enfants nés après le 31 décembre 1958?  
 Oui. Passez à la question B.  Non. Passez à la prochaine partie.

- B.** Le cotisant a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou, s'il n'en a pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)  
 Oui. Remplissez le tableau ci-dessous.  Non. Passez à la prochaine partie.

**Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958**

<b>1<sup>er</sup></b>	Nom de famille à la naissance	Prénom de l'enfant	Date de naissance <small>année    mois    jour</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <small>année    mois</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <small>année    mois</small>
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada <small>année    mois</small>	Date de départ du Canada <small>année    mois</small>
<b>2<sup>e</sup></b>	Nom de famille à la naissance	Prénom de l'enfant	Date de naissance <small>année    mois    jour</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <small>année    mois</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <small>année    mois</small>
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada <small>année    mois</small>	Date de départ du Canada <small>année    mois</small>
<b>3<sup>e</sup></b>	Nom de famille à la naissance	Prénom de l'enfant	Date de naissance <small>année    mois    jour</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) <small>année    mois</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) <small>année    mois</small>
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada <small>année    mois</small>	Date de départ du Canada <small>année    mois</small>

- C.** De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, y a-t-il des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales du Canada à son nom?  
 Oui  Non

- D.** Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec le cotisant au Canada?  
 Oui  Non

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 12.**

--	--	--

**Partie B DEMANDE DE PRESTATIONS DE SURVIVANTS**

**Renseignements sur la personne décédée**

A. Date du décès :      année      mois      jour

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Lieu du décès : \_\_\_\_\_  
(ville, province ou État, pays)

**La Régie pourrait exiger une preuve de décès.**

**Demande de prestation de décès**

**1** Indiquez à quel titre vous demandez la prestation de décès. **Ne cochez qu'un choix.**

Dans le cas où on demande la prestation à titre de personne ou d'organisme de charité qui a payé les frais funéraires, le chèque est fait au nom de la personne ou de l'organisme en question. Dans les autres cas, le chèque est généralement fait à l'ordre de « Héritiers de ».

Personne qui a payé les frais funéraires

**Apportez les précisions suivantes et veuillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies à votre nom.**

Êtes-vous un héritier?     Oui     Non                      Avez-vous renoncé à la succession?     Oui     Non

Quel était votre lien avec la personne décédée? \_\_\_\_\_

**Passez à la section 2.**

Héritier

**Apportez les précisions suivantes :**

Avez-vous renoncé à la succession?     Oui     Non

Quel était votre lien avec la personne décédée? \_\_\_\_\_

**Passez à la section 2.**

Liquidateur de la succession (exécuteur testamentaire nommé dans le testament ou, à défaut de testament, personne nommée par les héritiers)

**Passez à la section 2.**

Professionnel mandaté pour régler la succession

**Passez à la section 3.**

Organisme de charité reconnu qui a payé les frais funéraires

**Veillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies au nom de l'organisme.**

**Passez à la section 3.**



--	--	--

Demande de rente de conjoint survivant				Si applicable
<b>1</b> Renseignements sur l'identité du conjoint de la personne décédée				
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom		
<b>2</b> Nom de famille à la naissance si différent		Prénom à la naissance si différent		
<b>VOTRE</b> numéro d'assurance sociale		Prénom de votre père		
<b>3</b> Prénom de votre mère		Nom de votre mère à la naissance		
Numéro de carte d'identité nationale du Maroc		Numéro d'immatriculation au Maroc		
Adresse de votre domicile permanent au moment du décès de votre conjoint (numéro, rue, appartement, case postale)				
Ville	Province ou État	Pays	Code postal	
Adresse actuelle si elle est différente de celle qui est indiquée ci-dessus (numéro, rue, appartement, case postale)				
Ville	Province ou État	Pays	Code postal	
<b>4</b> Téléphone				
Au domicile		Autre		Poste
Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance	Ville	Province ou État	Pays
<b>5</b> Langue de correspondance souhaitée :				
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais				
Au moment du décès, quel était votre lien avec la personne décédée?				
<b>Si le mariage a eu lieu à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de mariage délivrée par un officier de l'institution compétente pour les questions d'état civil.</b>				
<input type="checkbox"/> Nous étions mariés depuis le		année mois jour	<input type="checkbox"/> Nous étions conjoints de fait depuis le	
<input type="checkbox"/> Nous étions séparés légalement depuis le		année mois jour	<input type="checkbox"/> Nous avons repris la vie commune	
<input type="checkbox"/> Nous étions divorcés depuis le		année mois jour	année mois jour	
Lieu du mariage	Ville	Province ou État	Pays	
Avez-vous ou attendez-vous un enfant de la personne décédée?		L'un de vous a-t-il adopté un enfant de l'autre ou avez-vous adopté un enfant ensemble?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		





--	--	--

### Demande de rente d'orphelin (Suite)

Renseignements sur l'identité de la personne qui a la charge de ces enfants et à qui doit être versée la rente d'orphelin

Sexe  <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M	Nom de famille  Nom de famille à la naissance si différent	Prénom  Prénom à la naissance si différent
Date de naissance      année      mois      jour		Numéro d'assurance sociale (si vous en avez un)
Adresse (numéro, rue, appartement, case postale)		
Ville	Province ou État	Pays
Code postal		
Téléphone		
Au domicile	Autre	Poste
Langue de correspondance souhaitée :		
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

**N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.**



--	--	--

Partie

C

## DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
année                      mois                      jour

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.

Titre : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un) : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance souhaitée :  Français  Anglais

Téléphone : \_\_\_\_\_  
Au domicile                      Autre                      Poste

## Autorisation de divulguer la décision

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la demande, le montant de la rente et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison du Maroc.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
année                      mois                      jour

--	--	--

**Partie**

**D**

**PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DU MAROC**

Date de présentation de la demande

année	mois	jour
_ _	_	_

**Renseignements sur le cotisant**

Nom du cotisant

<p>Date de naissance</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Vérifiée</p>	année	mois	jour	_ _	_	_	<p>Date du décès</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Vérifiée</p>	année	mois	jour	_ _	_	_	<p>Date du mariage</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Vérifiée</p>	année	mois	jour	_ _	_	_
année	mois	jour																		
_ _	_	_																		
année	mois	jour																		
_ _	_	_																		
année	mois	jour																		
_ _	_	_																		
<p>Date du divorce</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Vérifiée</p>	année	mois	jour	_ _	_	_	<p>Date de la séparation légale</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Vérifiée</p>	année	mois	jour	_ _	_	_							
année	mois	jour																		
_ _	_	_																		
année	mois	jour																		
_ _	_	_																		

**Renseignements sur le conjoint survivant**

Nom du conjoint survivant

Date de naissance

année	mois	Jour
_ _	_	_

Vérifiée

**Renseignements sur les enfants - Date de naissance**

Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_ _	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_ _	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_ _	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_ _	_	_	

**J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur le présent formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.**

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cachet