

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Ce guide est fourni à titre d'information et ne remplace pas les dispositions des lois et règlements applicables. Nous vous invitons à le lire **attentivement**, car il répond à la plupart des questions au sujet de la demande de prestation de survivant.

Le formulaire est prescrit en vertu de l'article 150 de la Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RLRQ, chapitre R-10). Vous devez l'utiliser pour tous les régimes de retraite du secteur public que nous administrons, sauf le Régime de retraite des élus municipaux (RREM) et le Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN). Il existe un formulaire distinct pour chacun de ces régimes.

Il importe de noter que les formulaires *Déclaration du conjoint de fait* (423) et *Déclaration à l'égard d'enfants à charge* (559) sont également prescrits et doivent être utilisés pour tous nos régimes de retraite du secteur public.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À CHACUNE DES PARTIES DE CETTE DEMANDE

Partie A – Renseignements sur l'identité de la personne décédée qui a participé au régime

Vous devez inscrire les renseignements concernant la personne décédée qui a participé au régime de retraite.

Partie B – Renseignements sur l'identité de la personne qui recevait une rente de conjoint survivant

Vous devez remplir cette partie lors du décès de la personne qui recevait une rente de conjoint survivant.

Partie C – Renseignements sur l'identité de la conjointe ou du conjoint survivant

Vous devez remplir cette partie pour établir votre identité à titre de conjointe ou de conjoint survivant de la personne décédée qui a participé au régime ou qui a reçu une rente de retraite.

- La conjointe ou le conjoint survivant est la personne avec qui la personne décédée était mariée ou unie civilement au moment de son décès. Le régime reconnaît aussi la conjointe ou le conjoint de fait de sexe différent ou de même sexe que la personne décédée présentait publiquement comme sa conjointe ou son conjoint et qui, au moment du décès, vivait maritalement avec elle depuis une période dont la durée varie selon le régime de retraite. Ni l'un ni l'autre ne doit être marié ni uni civilement avec une autre personne au moment du décès, sauf dans le cas du Régime de retraite des juges de la Cour du Québec et de certaines cours municipales (RRJCQM) et du Régime de retraite de certains juges nommés avant le 1^{er} janvier 2001 (RRCJAJ), où seul le juge ne doit pas être marié ou uni civilement avec une autre personne au moment de son décès.
- En cas de renonciation aux prestations de survivant, la conjointe ou le conjoint survivant n'a plus droit, à ce titre, aux prestations payables par le régime de retraite. Toutefois, dans le cas où les héritiers n'ont droit à aucun montant, la renonciation est annulée.
- La séparation légale ne dissout pas le mariage. Cela signifie que la conjointe ou le conjoint survivant séparé conserve ses droits, à titre de conjoint, aux prestations payables par le régime de retraite de la personne décédée qui a participé au régime ou qui a reçu une rente de retraite. Toutefois, si le tribunal a tenu compte de la valeur des droits accumulés dans le régime de retraite lors du partage du patrimoine familial, la conjointe ou le conjoint survivant séparé n'a plus droit, à titre de conjoint, aux prestations payables par le régime de retraite, sauf s'il y a eu reprise de la vie commune.
- Si vous êtes une conjointe ou un conjoint de fait, vous devez remplir et nous retourner le formulaire *Déclaration du conjoint de fait* (423).

Partie D – Renseignements sur l'identité du mandataire

Vous devez remplir cette partie dans les deux cas suivants :

- La conjointe ou le conjoint survivant vous a confié le mandat de remplir cette demande à sa place. Dans ce cas, vous devez joindre l'original ou une copie certifiée conforme du mandat ou de la procuration signée par la conjointe ou le conjoint survivant.
- La conjointe ou le conjoint survivant souffre d'une incapacité physique ou mentale qui l'empêche de remplir cette demande et vous avez reçu le mandat en cas d'incapacité vous autorisant à le faire à sa place. Dans ce cas, vous devez joindre l'original ou une copie certifiée conforme du mandat dûment homologué.

Partie E – Renseignements sur l'identité de la personne qui liquide la succession

Vous devez inscrire dans cette partie les renseignements relatifs à la personne qui fait la demande de prestation de survivant lorsque la personne décédée, qui a participé au régime ou qui a reçu une rente de retraite, n'a pas de conjointe ou de conjoint survivant.

Partie F – Documents à annexer à votre demande selon la situation

Vous devez nous envoyer les documents originaux ou copies certifiées conformes selon la situation et ils vous seront retournés dans les plus brefs délais. **Les photocopies de ces documents ne sont pas acceptées.** Pour tout décès survenu après 1993, les documents doivent provenir du Directeur de l'état civil. Vous n'avez pas à fournir **l'original ou une copie certifiée conforme du certificat de mariage ou d'union civile** si vous nous expédiez la copie d'acte de décès, puisque ce document contient tous les renseignements figurant dans le certificat.

Vous pouvez demander que la rente de conjoint survivant soit déposée directement dans votre compte à l'établissement financier de votre choix. Veuillez joindre à votre demande un **chèque personnalisé** sur lequel vous aurez inscrit « ANNULÉ ». Les mêmes dispositions s'appliquent à l'enfant majeur qui a droit à une rente d'orphelin.

Partie G – Signature de la conjointe ou du conjoint survivant (partie C), de la personne mandataire (partie D) ou de la personne qui liquide la succession (partie E)

Votre demande vous sera retournée si vous ne l'avez pas signée.

Parties H à M – Renseignements à fournir par l'employeur

Vous devez faire remplir ces parties par l'employeur avec lequel la personne décédée, qui a participé au régime ou qui a reçu une rente de retraite, a eu un lien d'emploi au cours d'une partie ou de la totalité des deux dernières années. Si elle a eu plus d'un employeur durant cette période, chacun doit remplir les parties H à M d'une demande de prestation de survivant. Les autres parties du formulaire peuvent n'être remplies qu'une seule fois. Les données inscrites serviront au calcul de la prestation de survivant et, s'il y a lieu, de l'assurance vie.

Le formulaire *Déclaration du conjoint de fait* (423)

Ce formulaire doit être rempli par la conjointe ou le conjoint de fait afin de nous permettre de vérifier la qualification, à ce titre, aux prestations payables par le régime de retraite de la personne décédée.

Le formulaire *Déclaration à l'égard d'enfants à charge* (559)

Ce formulaire doit être rempli si la personne décédée avait des enfants à charge afin de nous permettre de vérifier la qualification, à ce titre, à la rente d'orphelin payable par le régime de retraite de la personne décédée.

Le formulaire *Fréquentation scolaire* (248)

Ce formulaire doit être rempli à chaque session d'études par l'étudiante ou l'étudiant et par l'établissement d'enseignement dans le cas d'un enfant majeur afin de nous permettre de vérifier s'il se qualifie à la rente d'orphelin payable par le régime de la personne décédée. Ce formulaire est disponible dans notre site Web.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire et, le cas échéant, dans les documents qui doivent y être annexés sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Le fait de ne pas fournir l'information demandée dans les sections obligatoires peut entraîner des délais de traitement ou le rejet de cette demande.

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.

Partie A – Renseignements sur l'identité de la personne décédée qui a participé au régime

1. Renseignements sur la personne décédée

¹ Vous trouverez ce numéro d'identification dans le document *Votre rente* ou dans le relevé de participation de la personne qui a participé au régime. Ce numéro peut remplacer le numéro d'assurance sociale.

<input type="text"/> Nom de famille		<input type="text"/> Prénom		<input type="text" value="17"/> Numéro d'identification ¹	
<input type="text"/> Nom à la naissance (s'il est différent)				<input type="text"/> Numéro d'assurance sociale	
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
<input type="text"/> Date de naissance			<input type="text"/> Date de décès		
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin					

Cochez la case correspondant à l'état matrimonial de la personne au moment du décès.

2. État matrimonial

Marié
 Veuf²
 Célibataire
 Séparé
 Divorcé³
 Uni civilement
 Conjoint de fait

Partie B – Renseignements sur l'identité de la personne qui recevait une rente de conjoint survivant

² Joignez l'original ou une copie certifiée conforme du certificat de décès ou la copie d'acte de décès de la personne avec laquelle la personne décédée était mariée ou unie civilement.

<input type="text"/> Nom de famille		<input type="text"/> Prénom		<input type="text"/> Numéro d'assurance sociale	
<input type="text"/> Nom à la naissance (s'il est différent)				Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
<input type="text"/> Date de naissance			<input type="text"/> Date de décès		

³ Joignez l'original ou une copie certifiée conforme du certificat de non-appel du jugement de divorce ou du certificat de divorce.

Partie C – Renseignements sur l'identité de la conjointe ou du conjoint survivant

1. Identification

<input type="text"/> Nom de famille		<input type="text"/> Prénom		<input type="text"/> Numéro d'assurance sociale
<input type="text"/> Nom à la naissance (s'il est différent)				Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Année	Mois	Jour	Langue de correspondance	
<input type="text"/> Date de naissance			<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

2. Adresse de domicile

<input type="text"/> Numéro	<input type="text"/> Rue, avenue, boulevard	<input type="text"/> Appartement	<input type="text"/> Case postale	<input type="text"/> Succursale
<input type="text"/> Ville, village, municipalité			<input type="text"/> Province ou État	
<input type="text"/> Code postal	<input type="text"/> Pays			

3. Numéros de téléphone

<input type="text"/> Ind. rég. Téléphone au domicile	<input type="text"/> Ind. rég. Téléphone au travail	<input type="text"/> Poste
<input type="text"/> Ind. rég. Autre téléphone		

Partie C – Renseignements sur l'identité de la conjointe ou du conjoint survivant (suite)

Précisez à quel titre vous faites cette demande.

Si vous cochez la case « Conjointe ou conjoint de fait », remplissez l'annexe « Déclaration du conjoint de fait ».

Si vous cochez la case « Mandataire de la conjointe ou du conjoint », joignez l'original ou une copie certifiée conforme du mandat, de la procuration ou du mandat en cas d'incapacité.

4. Titre

- Conjointe ou conjoint (marié ou uni civilement)
 Conjointe ou conjoint de fait
 Mandataire de la conjointe ou du conjoint

5. Partage du patrimoine familial

Le patrimoine a-t-il été partagé entre la conjointe ou le conjoint survivant et la personne qui a participé au régime de retraite? Oui Non

Si « Oui », les conjoints ont-ils repris la vie commune? Oui Non

Indiquez la date de reprise de la vie commune, s'il y a lieu :

Année		Mois		Jour						

Partie D – Renseignements sur l'identité du mandataire

Si la conjointe ou le conjoint survivant ne peut pas signer la partie G en raison d'une incapacité physique ou mentale, la personne qui détient le mandat doit remplir et signer la demande à sa place. À noter que le présent formulaire ne constitue pas un mandat de représentation de la conjointe ou du conjoint survivant.

1. Identification

Nom de famille	Prénom	Sexe
Langue de correspondance		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

2. Adresse de domicile

Numéro	Rue, avenue, boulevard	Appartement	Case postale
Ville, village, municipalité		Province ou État	
Code postal	Pays		

3. Numéros de téléphone

Ind. rég. Téléphone au domicile	Ind. rég. Téléphone au travail	Poste
Ind. rég. Autre téléphone		

Partie E – Renseignements sur l'identité de la personne qui liquide la succession

1. Identification

Nom de famille	Prénom	Sexe
Langue de correspondance		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

2. Adresse de domicile

Numéro	Rue, avenue, boulevard	Appartement	Case postale
Ville, village, municipalité		Province ou État	
Code postal	Pays		

3. Numéros de téléphone

Ind. rég. Téléphone au domicile	Ind. rég. Téléphone au travail	Poste
Ind. rég. Autre téléphone		

Partie F – Documents à annexer à votre demande selon la situation

Cochez les cases appropriées.
Les photocopies ne sont pas acceptées.

- Original ou copie certifiée conforme du certificat de décès ou copie d'acte de décès.
- Original ou copie certifiée conforme du certificat de mariage ou d'union civile ou copie d'acte de mariage ou d'union civile (voir le guide).
- Formulaire *Déclaration du conjoint de fait* (423) dûment rempli.
- Preuve de naissance de la conjointe ou du conjoint survivant (légal ou de fait). Les preuves diffèrent selon votre lieu de naissance. Pour connaître les preuves acceptées, veuillez consulter la section Formulaire de notre site Web.
- Original ou copie certifiée conforme du certificat de non-appel du jugement de divorce ou du certificat de divorce de la personne décédée.
- Original ou copie certifiée conforme de l'acte notarié relatif à la dissolution ou à l'annulation de l'union civile de la personne décédée.
- Original ou copie certifiée conforme du jugement prononçant la séparation légale et de la convention sur mesures accessoires de la personne décédée.
- Formulaire *Déclaration à l'égard d'enfants à charge* (559) dûment rempli.
- Formulaire *Fréquentation scolaire* (248) dûment rempli.
- Original ou copie certifiée conforme de la décision de nomination du tuteur (s'il s'agit d'un orphelin de moins de 18 ans ou d'un enfant majeur souffrant d'une incapacité mentale ou physique).
- Original ou copie certifiée conforme du mandat, de la procuration ou du mandat en cas d'incapacité (si le conjoint survivant est représenté).
- Chèque personnalisé, si vous désirez adhérer au dépôt direct.

Partie G – Signature de la conjointe ou du conjoint survivant (partie C), de la personne mandataire (partie D) ou de la personne qui liquide la succession (partie E)

J'autorise, s'il y a lieu, Retraite Québec à transmettre à l'employeur tout renseignement relatif à cette demande de prestation de survivant. J'atteste que les renseignements fournis dans les parties A à G de ce formulaire et dans les documents annexés sont exacts et complets.

Signature

Année Mois Jour
| | | | | | | | | | | | | | | |

Date

Partie H – Renseignements sur l'identité de l'employeur

Cette partie doit être remplie par une personne autorisée qui représente l'employeur.

Nom de l'employeur		Numéro d'identification de l'employeur	
Numéro	Rue, avenue, boulevard, case postale, route rurale		Numéro de ministère ou organisme
Ville, village, municipalité		Province	Code postal
Ind. rég.	Téléphone	Poste	Ind. rég. Télécopieur

Partie I – Renseignements sur l'identité de la personne qui a participé au régime

Nom de famille			Prénom			Numéro d'assurance sociale		
Année	Mois	Jour						
Date de naissance								

Partie J – Renseignements d'ordre administratif

Statut d'emploi : Permanent à temps plein Permanent à temps partiel
 Autre _____

Précision concernant le lien d'emploi pour une personne ayant un statut d'emploi permanent à temps plein ou à temps partiel

Date de fin d'emploi :

Année	Mois	Jour

Précisions concernant le lien d'emploi pour une personne ayant un statut d'emploi autre que permanent à temps plein ou à temps partiel

La personne est-elle inscrite sur une liste qui lui garantit une priorité d'engagement ou d'emploi?

Oui Non¹

Indiquez la date de fin d'emploi :

Année	Mois	Jour

ET la date du dernier jour rémunéré² :

Année	Mois	Jour

¹ En cochant « Non », vous convenez que la personne n'a pas de garantie de priorité d'engagement ou d'emploi et qu'elle n'a donc pas à démissionner.

² Les jours rémunérés comprennent :

- les jours travaillés;
- les jours d'absence avec salaire (ex. : vacances, congés de maladie, jours fériés, congés de maternité, etc.);
- les jours pendant lesquels la personne est admissible à l'assurance salaire;
- les jours d'absence sans salaire soumise à cotisation.

Précisions concernant l'invalidité (en fonction des 104 semaines prévues dans les conventions collectives ou les conditions de travail)

Date de début de l'invalidité :

Année	Mois	Jour

Date de fin de l'invalidité :

Année	Mois	Jour

Autres renseignements qui pourraient être utiles au traitement de cette demande :

Partie K – Renseignements financiers concernant la personne qui a participé au régime

Cette partie vous permet de nous envoyer les renseignements financiers concernant une personne qui a participé à un régime. Elle permet de déclarer ses années d'emploi dont la déclaration annuelle n'a pas déjà été soumise, jusqu'à la date de fin d'emploi.

Les champs comportant un astérisque (*) sont obligatoires.

Pour le réseau de l'éducation :

- vous devez produire une partie K pour chaque emploi occupé au cours d'une même année et une autre section « Déclaration des données financières » pour déclarer des données financières relatives à un ajustement 10 mois versé l'année suivant celle de la fin d'emploi.

- le champ « **Numéro d'emploi » doit être rempli.

1. Déclaration des données financières

a) Données financières de base

_____|_____|_____|_____|

*Année de participation

_____|_____|

*Régime de retraite

_____|_____|

**Numéro d'emploi

_____|

Type de déclaration

*Base de rémunération
 200 260

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Salaire cotisable

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Salaire non cotisable (après l'atteinte du service maximum)

_____|

Groupe

_____|_____|_____|_____|

*Corps d'emploi

_____|_____|

*Facteur quotidien

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Année Mois Jour

Date de début d'emploi

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Cotisation salariale

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

*Salaire annuel de base

_____|

*Numéro de calendrier
 Retraite Québec

Cotisation patronale
 Oui Non

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Année Mois Jour

Date de fin d'emploi

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| %

Partiel – % du temps

Salaire pondéré
 Oui Non

b) Échelle de salaire et ajustement 10 mois (base 200 jours)

Date de prise d'effet (année-mois-jour)	Salaire annuel de base (\$)

Important : Utilisez les deux champs concernant l'ajustement 10 mois **seulement** si vous êtes dans le réseau de l'éducation et si l'ajustement est versé au cours d'une année suivant celle de la fin d'emploi. Dans ce cas, le champ « Partiel - % du temps » doit être à zéro.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Ajustement 10 mois cotisable

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Ajustement 10 mois non cotisable (après l'atteinte du service maximum)

c) Absences

Code	Jours	Salaire (\$)	Montant de rétroactivité (\$)

d) Rétroactivité

Année	Montant (\$)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Année Mois Jour

Date du versement

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| \$

Montant non cotisable (après l'atteinte du service maximum)

Numéro d'identification de l'employeur

Numéro d'identification

OU Numéro d'assurance sociale

2. Déclaration des données financières

a) Données financières de base

*Année de participation

*Régime de retraite

**Numéro d'emploi

Type de déclaration

*Base de rémunération

200 260

Salaire cotisable

Salaire non cotisable (après l'atteinte

du service maximum)

Groupe

*Corps d'emploi

*Facteur quotidien

Année Mois Jour

Date de début d'emploi

Cotisation salariale

*Salaire annuel de base

*Numéro de calendrier

Retraite Québec

Cotisation patronale

Oui Non

Année Mois Jour

Date de fin d'emploi

Partiel - % du temps

Salaire pondéré

Oui Non

b) Échelle de salaire et ajustement 10 mois (base 200 jours)

Date de prise d'effet (année-mois-jour)	Salaire annuel de base (\$)

Important : Utilisez les deux champs concernant l'ajustement 10 mois **seulement** si vous êtes dans le réseau de l'éducation et si l'ajustement est versé au cours d'une année suivant celle de la fin d'emploi. Dans ce cas, le champ « Partiel - % du temps » doit être à zéro.

Ajustement 10 mois cotisable

Ajustement 10 mois non

cotisable (après l'atteinte
du service maximum)

c) Absences

Code	Jours	Salaire (\$)	Montant de rétroactivité (\$)

d) Rétroactivité

Année	Montant (\$)

Année Mois Jour

Date du versement

Montant non cotisable

(après l'atteinte du service maximum)

Numéro d'identification de l'employeur

Numéro d'identification

OU

Numéro d'assurance sociale

Partie L – Assurance vie

Vous devez remplir cette partie si la personne qui a participé au régime avait un lien d'emploi avec vous au moment de son décès.

De quel réseau la personne décédée faisait-elle partie?

Fonction publique

Éducation

Santé et services sociaux

Cochez son statut :

Permanent

Occasionnel

Autre

Était-elle syndiquée? Oui Non

Si « Oui », de quel syndicat faisait-elle partie? _____

La personne était-elle admissible à l'assurance vie? Oui Non

Si « Oui », avait-elle droit à un montant de 6 400 \$ ou de 3 200 \$? 6 400 \$ 3 200 \$

Partie M – Signature de la personne autorisée chez l'employeur

J'atteste que les renseignements fournis dans les parties J à L de ce formulaire proviennent des dossiers de l'employeur et qu'ils sont exacts et complets.

Nom de famille et prénom de la personne autorisée (EN MAJUSCULES)

Titre ou fonction

Ind. rég. Téléphone

Poste

Signature de la personne autorisée chez l'employeur

Date

English version available upon request

La personne qui fait la demande doit nous transmettre tous les documents requis à l'adresse suivante :

Retraite Québec
Case postale 5500, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 0G9

POUR NOUS JOINDRE

418 643-4881 (région de Québec)
1 800 463-5533 (sans frais)

Abonnez-vous à notre liste de diffusion électronique

L'abonnement à notre liste de diffusion électronique vous permet d'obtenir de l'information sur les nouveautés concernant les différents régimes de retraite du secteur public. Le formulaire d'inscription est accessible dans notre site Web.