



**DEMANDE DE PAIEMENT DE PRESTATIONS AU NOM D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE**

Dans le présent formulaire, le genre masculin est pris dans son sens générique et se rapporte aux hommes et aux femmes : il vise à alléger le mode de présentation.

Nom du représentant légal ou du requérant	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif rég.) ( ) -
---	---

Adresse du représentant légal ou du requérant

Nom de la personne décédée	NAS de la personne décédée - -
----------------------------	-----------------------------------

**INSTRUCTIONS:**

Si le prestataire touchait des prestations au moment de son décès, suivre les directives de la partie I et signer au bas du formulaire.

Si le prestataire **N'AVAIT PAS** présenté de demande de prestations à son décès, suivre les directives de la partie II et signer au bas du formulaire.

**PARTIE I**

Pour réactiver une demande de prestations au nom d'un prestataire qui avait déjà présenté une demande à son décès, remplir le présent formulaire, y annexer les documents suivants et envoyer le tout au Centre de ressources humaines du Canada le plus près de chez vous :

- 1) « Certificat d'incapacité si le prestataire était incapable de travailler pendant la période pour laquelle des prestations sont demandées;
- 2) Une déclaration signée attestant de la grossesse si des prestations pour maternité sont demandées ou attestant la date de naissance ou de placement de l'enfant si des prestations parentales sont demandées;
- 3) Dans le cas d'une succession ab intestat (si le prestataire n'a pas laissé de testament), une copie de l'ordonnance ;
- 4) Si l'ensemble des biens de la succession de la personne décédée n'est pas d'une valeur suffisante pour justifier l'obtention d'une ordonnance ou l'homologation du testament,
  - (i) joindre une copie de l'acte de décès et
  - (ii) remplir les sections B, C et D au verso.

**PARTIE II**

Pour présenter une demande de prestations au nom d'une personne décédée qui ne touchait pas de prestations à son décès, remplir la section A ci-dessous et faire parvenir le présent formulaire avec les documents remplis suivants au Centre de ressources humaines du Canada le plus près de chez vous.

- 1) «Demande de prestations» signée par le représentant légal ou le requérant ;
- 2) «Relevé(s) d'emploi» pour les 52 semaines précédant le premier jour à l'égard duquel des prestations sont demandées et pour tout emploi exercé depuis ;
- 3) «Certificat d'incapacité» si le prestataire était incapable de travailler pendant la période pour laquelle des prestations sont demandées;
- 4) Une déclaration signée attestant de la grossesse si des prestations pour maternité sont demandées ou de la date de naissance ou de placement si des prestations parentales sont demandées;
- 5) Dans le cas d'une succession ab intestat (si le prestataire n'a pas laissé de testament), une copie de l'ordonnance ;
- 6) Si l'ensemble des biens de la succession de la personne décédée n'est pas d'une valeur suffisante pour justifier l'obtention d'une ordonnance ou l'homologation du testament,
  - (i) joindre une copie de l'acte de décès et
  - (ii) remplir les sections B, C et D au verso.

**SECTION A  
À REMPLIR SI LA PERSONNE DÉCÉDÉE NE TOUCHAIT PAS DE PRESTATIONS À SON DÉCÈS**

Je demande par les présentes que la demande de prestations faite au nom de la personne décédée mentionnée ci-dessus soit prise en considération à compter

du \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. La personne décédée n'avait pas présenté de demande de prestations à la date mentionnée ci-dessus et ne l'a pas fait ensuite pour les raisons suivantes : (il doit y avoir un motif valable pour chaque journée de retard. Expliquer.)

Les renseignements consignés sur ce formulaire seront versés dans le fichier de renseignements personnels intitulé « Demande de prestations d'assurance-emploi » - bureau local (RHDC PPU150). La façon de procéder pour avoir accès aux renseignements personnels vous concernant est expliquée dans le **Répertoire des renseignements personnels**. Vous pouvez consulter cette publication dans les Centres de ressources humaines du Canada.



Signature du représentant légal ou du requérant	Date
---	------

**SECTION B  
DÉCLARATION STATUTAIRE**

Réservé à un demandeur habilité à hériter des biens de la personne décédée qui n'a pas l'intention de faire homologuer le testament ni de demander une ordonnance

\* Rayer les mentions inutiles

Le requérant, le commissaire, le notaire, etc. doivent parafer toutes les ratures, \_\_\_\_\_  
Dans l'affaire de la succession de : Province Comté

Savoir : \_\_\_\_\_  
Je, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ dans \_\_\_\_\_  
Nom du requérant au long \*Ville ou village Comté Province  
déclare solennellement :

(1) Que je suis le/la \_\_\_\_\_ de feu \_\_\_\_\_  
Lien de parenté Nom du défunt au long  
décédé(e) le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ en l'an de grâce \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Date Mois \*Ville ou village Province

(ci-joint copie de l'acte de décès),

\* Sans laisser de testament  
ou

\* Laisant un testament (dont une copie est annexée) que je n'ai pas l'intention de faire homologuer

(2) Qu'à la date du décès, \* il/elle était domicilié(e) à \_\_\_\_\_  
\*Ville ou village Comté Province

3) Que je suis  
\* la seule personne habilitée à hériter du défunt  
ou  
\* l'une des personnes habilitées à hériter du défunt  
Autres personnes (préciser l'âge si elles ont moins de 21 ans)

Nom	Lien de parenté	Âge	Nom	Lien de parenté	Âge
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(4) Que la valeur de la succession n'est pas suffisante pour qu'il y ait lieu de \* faire homologuer le testament ou de \* demander une ordonnance et que je n'ai pas l'intention de faire de demande en ce sens.

(5) Que j'annexe les renoncations signées des autres personnes mentionnées au paragraphe 3 ci-dessus à revendiquer toute somme due par le Gouvernement du Canada aux ayants droit dudit défunt.  
Et j'atteste que cette déclaration est vraie en sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était sous serment en vertu de la LOI SUR LA PREUVE AU CANADA.

Reçue devant moi à : \_\_\_\_\_  
\*Ville ou village  
\_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ en l'an de grâce \_\_\_\_\_  
Comté Province Date Mois

Juge de paix, commissaire, notaire etc.

Signature du requérant

**SECTION C  
RENONCIATION (À FAIRE SIGNER PAR TOUTES LES PERSONNES MENTIONNÉES À LA SECTION B(3) CI-DESSUS)**

Remarque : Le requérant ne doit pas remplir la présente section

La renonciation au nom de personnes mineures doit être signée par le tuteur légal.

Je renonce par les présentes à revendiquer les sommes dues par Sa Majesté aux ayants droit de feu

au profit de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nom du défunt au long \_\_\_\_\_ Nom du requérant au long  
qui est la personne désignée pour recevoir ces sommes.

Signature	Témoïn	Signature	Témoïn
_____	_____	_____	_____
Signature	Témoïn	Signature	Témoïn
_____	_____	_____	_____

**SECTION D  
PROMESSE DE REMBOURSEMENT**

Je consens à rembourser au Receveur général du Canada toutes les sommes qui m'auraient été versées par erreur.

Signature du requérant

Date

Signature du témoïn