

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE (LA) DÉFUNT(E)

### BUREAU DU CURATEUR PUBLIC

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) DÉFUNT(E)				
Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)
Adresse postale				
Si le lieu de résidence de la personne a changé au cours des six dernières années, veuillez indiquer les lieux de résidence antérieurs.				
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance	N° de traité ou de bande ou n° attribué par SAC		
Date du décès (jj-mm-aaaa)	Lieu du décès	Numéro d'assurance sociale		
Cause du décès : <input type="checkbox"/> Naturelle <input type="checkbox"/> Accidentelle <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____				
S'il s'agit d'un accident, indiquez les circonstances : _____				
La personne a-t-elle fréquenté un pensionnat indien? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel? _____				
En quelle(s) année(s)? _____				
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e)				
FUNÉRAILLES – Renseignements au sujet de l'enterrement				
Où le défunt a-t-il été enterré?		Nom de la résidence funéraire ou de la personne qui s'est occupée de l'enterrement		
Nom de la personne qui a payé l'enterrement			N° de tél.	
Adresse postale		Montant : \$ Reçus : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RENSEIGNEMENTS SUR LE TESTAMENT (ne s'applique que si un testament a été préparé)				
Actuellement, qui est en possession du testament original?			N° de tél.	
Adresse postale				
Nom et adresse de l'exécuteur(trice) nommé(e) dans le testament			N° de tél.	
Adresse postale				
Avant le décès, où était rangé le testament?				
SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CONJOINT(E) DU (DE LA) DÉFUNT(E)				
Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)
Adresse postale			N° de tél.	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance	Numéro d'assurance sociale		
Si décédé(e), précisez la date du décès (jj-mm-aaaa)		Lieu du décès		
Travaillez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous produit une déclaration de revenus pour la dernière année civile? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous demandé un crédit d'impôt pour enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Étiez-vous légalement marié(e) au (à la) défunt(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du mariage (jj-mm-aaaa) Lieu du mariage	Viviez-vous toujours ensemble lors du décès de votre conjoint(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous étiez séparés, depuis quand? (jj-mm-aaaa)		

**Si vous viviez en union de fait, remplissez la section suivante :**

Quand avez-vous commencé à vivre ensemble? (jj-mm-aaaa)

Viviez-vous toujours ensemble au moment du décès de votre conjoint(e)?

Si non, quand vous êtes-vous séparés?  Oui  Non

Page 1 de 5

**SECTION C - RENSEIGNEMENTS SUR LE MARIAGE SI MARIÉ(E) PLUS D'UNE FOIS**

Nom de jeune fille de l'ancien(ne) conjoint(e)	Prénom(s)	Date du mariage (jj-mm-aaaa)	Date du divorce ou de la séparation (jj-mm-aaaa)
Lieu du mariage	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date de décès du conjoint ou de la conjointe (jj-mm-aaaa)	Lieu du décès

**SECTION D - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS**

1.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?
2.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?
3.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?
4.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?
5.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?
N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?
6.	Nom de famille	Prénom(s)	Second prénom	
Adresse postale				Qui en a la garde?

N° de tél.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du décès (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
		<input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Adoption coutumière <input type="checkbox"/> Adoption légale En cas d'adoption, quel âge avait l'enfant?	
L'un des enfants ci-dessus est-il handicapé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   Si oui, précisez : Énumérez les autres enfants sur une feuille supplémentaire et joignez-la au présent formulaire. Précisez si une feuille supplémentaire est jointe. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			





**COMPTES BANCAIRES**

Comptes bancaires?  Oui  Non

Si oui, indiquez le(s) numéro(s) de compte, et le nom et l'adresse de la (des) succursale(s). S'agit-il d'un compte conjoint? Si oui, avec qui?

**ASSURANCE-VIE**

Le (la) défunt(e) avait-il (elle) une assurance vie?  Oui  Non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse de la compagnie d'assurance :

Un bénéficiaire est-il nommé?  Non  Oui. Précisez : \_\_\_\_\_

**IMMOBILIER** : La personne est-elle propriétaire ou locataire d'un terrain ou d'un bien immobilier? Fournissez autant de détails que possible, et soumettez les documents fonciers.

<b>TERRAIN</b> <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Terre de bande <input type="checkbox"/> Squat	<b>DOMICILE</b> <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Aide au logement <input type="checkbox"/> Squat	<p>Si oui, donnez une description légale (lot, bloc, plan) : _____</p> <p>Y a-t-il un (des) copropriétaire(s)? Si oui, qui? _____</p> <p>Quel type de bâtiment se trouve sur le terrain (taille, type de finition, ajouts) : _____</p> <p>Qui y habite actuellement? _____ Lien de parenté avec le (la) défunt(e) _____</p> <p>Le bien est-il assuré? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par quelle compagnie? _____</p>
--	---	---

**PARTS DE COOPÉRATIVES, ACTIONS ET OBLIGATIONS D'ÉPARGNE DU CANADA**

Le (la) défunt(e) en avait-t-il (elle)?  Oui  Non

Si oui, veuillez en dresser la liste :

**BIENS PERSONNELS** (voitures, motoneiges, meubles, armes, pièges, etc.). Fournissez autant d'information que possible, et soumettez l'immatriculation de chaque bien.

	Année	Marque et modèle	N° de série	Lieu	Propriété exclusive ou copropriété?	Si assuré, par quelle compagnie?
Véhicule						
Motoneige						
Bateau						
Moteur						
VTT						

**Comment [CM1]:** Propriété conjointe ou individuelle?

**Comment [CM2]:** Mmmhhh machine ou engin à moteur? Ça peut aussi être juste un moteur j'imagine?

**LISTE DES DETTES** (joindre les relevés, si possible)

Nom	Adresse	Montant
		\$
		\$
		\$

**SECTION G – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI REMPLIT CE FORMULAIRE**

Formulaire rempli par (nom) : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_

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

**Le formulaire devrait être accompagné des documents suivants :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Certificats de naissance de la personne, de son (sa) conjointe(e) et de ses enfants | <input type="checkbox"/> Dernières volontés et testament             |
| <input type="checkbox"/> Reçus des dépenses pour les funérailles   | <input type="checkbox"/> Certificats d'immatriculation des véhicules |
| <input type="checkbox"/> Duplicata du certificat du titre de propriété                                       | <input type="checkbox"/> Convention hypothécaire ou entente de prêt  |
| <input type="checkbox"/> Bail de location d'une maison   | <input type="checkbox"/> Certificat(s) d'assurance                   |

**Postez au :**

**Bureau du curateur public  
Gouvernement des  
Territoires du Nord-Ouest  
C. P 1320  
Yellowknife NT X1A 2L9  
Tél. : 867-767-9252**

ou d'un appartement

Copie de déclarations de revenus antérieures  Certificats de parts

Carte d'assurance sociale, passeport, cartes de crédit, livrets bancaires, relevés mensuels ou factures

**Sans frais : 1-866-535-0423  
(TNO seul.)**

**Télec. : 867-873-0184**