

**ENTENTE QUÉBEC—FINLANDE  
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE  
QUÉBEC—SUOMI  
SOSIAALITURVASOPIMUSJÄRJESTELY**

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec  
Type de prestation(s) demandée(s) (cochez la case appropriée)  
Haettavien etuuksien laji (rasti asianomaiseen ruutuun)

- RENTE DE RETRAITE (remplir les parties A, B et F)  
VANHUUSELÄKE (täytä osat A, B, ja F)
- RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (remplir les parties A, C et F)  
TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKE JA TYÖKYVYTTÖMÄN HENKILÖN LAPSEN ELÄKE (täytä osat A, C ja F)
- RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ORPHELIN (remplir les parties A, D et F)  
ELOONJÄÄNEEN PUOLISON ELÄKE JA ORVONELÄKE (täytä osat A, D ja F)
- PRESTATION DE DÉCÈS (remplir les parties A, E et F)  
HAUTAUSAVUSTUS (täytä osat A, E ja F)

Québec 

**Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de  
l'entente Québec—Finlande en matière de sécurité sociale  
Quebecin—Suomen sosiaaliturvasopimusjärjestelyn perusteella Quebecin  
työeläkejärjestelmän etuuksia koskeva hakemus**

NOTE: Cette demande doit être remplie par le cotisant ou, dans le cas d'une demande de prestations de survivant ou de décès, par l'ayant droit qui réclame la ou les prestations.

Le terme « cotisant » signifie la personne qui a versé des contributions au Régime de rentes du Québec.

HUOMAUTUS: Tämän hakemuksen täyttää vakuutettu tai haettaessa perhe-eläkettä tai hautausavustusta, osapuoli, joka vaatii oikeutta etuuksiin.

Ilmaus "vakuutettu" tarkoittaa henkilöä, joka on suorittanut vakuutusmaksuja Quebecin työeläkejärjestelmään.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES  
TEKSTÄÄ

<b>PARTIE A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT</b>	
<b>OSA A VAKUUTETTUA KOSKEVAT YLEISET TIEDOT</b>	
<p>1. a)</p> <p><input type="checkbox"/> M./Herra</p> <p><input type="checkbox"/> Mme/Rouva</p> <p><input type="checkbox"/> Mlle/Neiti _____</p> <p>prénom et initiale du cotisant Vakuutetun etunimi ja etukirjaimet</p> <p>_____</p> <p>nom de famille du cotisant Vakuutetun sukunimi</p>	<p>b) Prénom et nom à la naissance s'ils sont différents de ceux paraissant ci-contre Etu- ja sukunimi syntyessä jos eri kuin edellä 1 a):ssa</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. N° d'assurance sociale du cotisant au Canada Vakuutetun sosiaalivakuutusnumero Karadassa</p> <p>_____</p> <p>N° d'assurance sociale en Finlande Suomen henkilötunnus</p> <p>_____</p>	
<p>3. Adresse du cotisant Vakuutetun osoite</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Code postal Postinumero</p> <p>_____</p>
<p>4. Date de naissance du cotisant Vakuutetun syntymäaika</p> <p>_____</p> <p>année mois jour vuosi kuukausi päivä</p>	<p>5. Lieu de naissance du cotisant Vakuutetun syntymäpaikka</p> <p>_____</p> <p>ville ou village province, état ou territoire pays kaupunki osavaltio tai alue maa</p>
<p>6. État civil du cotisant Vakuutetun siviilisääty</p> <p><input type="checkbox"/> célibataire naimaton <input type="checkbox"/> marié(e) naimisissa <input type="checkbox"/> veuf ou veuve leski <input type="checkbox"/> séparé(e) depuis le muuttanut erilleen milloin _____</p> <p>année mois <input type="checkbox"/> divorcé(e) depuis le eronnut milloin _____</p> <p>vuosi kuukausi vuosi kuukausi</p>	
<p>7. En quelle langue désirez-vous recevoir votre correspondance? Millä kielellä haluatte vastauskirjeen?</p> <p><input type="checkbox"/> en français Ranskaksi <input type="checkbox"/> en anglais Englanniksi</p>	
<p>8. Le cotisant reçoit-il ou a-t-il déjà reçu ou demandé des prestations en vertu: Saako vakuutettu tai onko hän koskaan saanut tai hakenut etuutta:</p> <p>DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC? QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? <input type="checkbox"/> oui kyllä <input type="checkbox"/> non ei</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada: Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?</p> <p>_____</p> <p>DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? KANADAN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? <input type="checkbox"/> oui kyllä <input type="checkbox"/> non ei</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada: Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?</p> <p>_____</p>	

9. Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada.  
Vakuutetun viimeinen asuinosaavaltio Kanadassa. \_\_\_\_\_

10. Le cotisant a-t-il versé des contributions à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada?  
Onko vakuutettu koskaan maksanut sosiaaliturvamaksuja muun maan kuin Kanadan sosiaaliturvajärjestelmään?

oui     non  
kyllä    ei

Si « oui », indiquez dans quel(s) pays:  
Jos "kyllä", minkä maan tai maiden \_\_\_\_\_

11. Le cotisant a-t-il reçu, à son nom, des allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1<sup>er</sup> janvier 1966, pour des enfants nés après le 31 décembre 1958?  
Onko vakuutettu saanut 1. tammikuuta 1966 jälkeen minään aikana nimellään Quebecin tai Kanadan perhe-etuuksia lapsesta, joka on syntynyt 31. joulukuuta 1958 jälkeen?

oui     non  
kyllä    ei

Si « oui », donnez les renseignements demandés aux points 12 et 13.  
Jos "kyllä", täyttäkää osastot 12 ja 13.

12. Inscrivez ci-dessous le prénom, le nom de famille et la date de naissance de chacun des enfants nés après le 31 décembre 1958 pour lesquels le cotisant a reçu, à son nom, des allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1<sup>er</sup> janvier 1966.  
Merkitään etu- ja sukunimi ja syntymäaika jokaisesta 31. joulukuuta 1958 jälkeen syntyneestä lapsesta, josta vakuutettu on saanut nimellään Quebecin tai Kanadan perhe-etuuksia 1. tammikuuta 1966 jälkeen.

Prénom Etunimi	Nom de famille Sukunimi	Date de naissance Syntymäaika		
		année vuosi	mois kuukausi	jour päivä

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.  
Jollei tilaa ole riittävästi, lisätkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.

13. Depuis la naissance des enfants dont le nom est inscrit au point 12 jusqu'à leur 7<sup>e</sup> anniversaire de naissance, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles aucune allocation familiale du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant pour l'un des enfants?  
Oliko kenenkään 12 osastossa mainitun lapsen syntymän ja 7-vuotispäivän välillä kausia, jolloin vakuutetulle ei maksettu tästä lapsesta Quebecin eikä Kanadan perhe-etuuksia?

oui     non  
kyllä    ei

Si « oui », inscrivez ci-dessous le prénom de l'enfant ainsi que la ou les périodes en question.  
Jos "kyllä", merkitkää lapsen etunimi ja kysymyksessä oleva kausi.

Périodes pendant lesquelles aucune allocation du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant  
Kausi, jolta mitään perhe-etuuksia ei maksettu vakuutetulle

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi	DE	année vuosi	mois kuukausi	À	MIHIN	année vuosi	mois kuukausi

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.  
Jollei tilaa ole riittävästi lisätkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.



**PARTIE B DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE (La Partie A doit avoir été remplie.)****OSA B VANHUUSELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)**

1. Travaillez-vous encore?  oui  non Si « non », quand avez-vous cessé de travailler?  année  mois  
Oletteko vielä työssä?  kyllä  ei Jos "ei", milloin lopetitte?  vuosi  kuukausi
2. Avez-vous cessé de travailler en raison de votre état de santé?  oui  non  
Lopetitteko työnteon terveyttenne vuoksi?  kyllä  ei
3. Quand désirez-vous que le paiement de votre rente débute?  le plus tôt possible  
Milloin haluatte vanhuuseläkteenne maksamisen alkavan?  niin pian kuin mahdollista  
 plus tard, soit en  année  mois  
myöhemmin  vuosi  kuukausi

**PARTIE C DEMANDE DE RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (La Partie A doit avoir été remplie.)****OSA C TYÖKYVYTTÖMYSELÄKETTÄ JA TYÖKYVYTTÖMÄN HENKILÖN LAPSEN ELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)**

1. Date approximative du début de votre invalidité  année  mois  
Työkyvyttömyyden arvioitu alkamisajankohta  vuosi  kuukausi
2. Avez-vous cessé complètement de travailler?  oui Si « oui », depuis quand?  année  mois  
Oletteko lopettanut työskentelyn kokonaan?  kyllä Jos "kyllä", milloin lopetitte?  vuosi  kuukausi
- Pour quelles raisons?  
Mistä syystä? \_\_\_\_\_
- non Si « non », travaillez-vous régulièrement?  ou occasionnellement?   
ei Jos "ei", työskentelettekö säännöllisesti?  vai satunnaisesti?

3. Renseignements sur votre dernier emploi  
Tietoja viimeisestä työstänne

Nom de votre dernier employeur Viimeinen työnantajanne	Veillez indiquer la période pendant laquelle vous avez occupé cet emploi: Työskentelyn kesto de <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> saakka <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> mois alkaen <input type="checkbox"/> vuosi <input type="checkbox"/> kuukausi
Quelle fonction exerçiez-vous? Mikä asema teillä oli?	Veillez décrire votre travail: Kuvaillkaa työtänne

- Cet emploi vous obligeait-il à travailler en plein air?  
Oliko teidän työskenneltävä ulkona?

oui  non  
kyllä ei

- Pour quelle raison avez-vous quitté cet emploi?  
Miksi lopetitte tämän työn?

4. Quel genre de travail avez-vous effectué antérieurement?  
Millaista työtä teitte aikaisemmin?

Veillez indiquer la période pendant laquelle vous avez effectué ce travail:  
Työskentelyn kesto  
de  année  mois  saakka  année  mois  
alkaen  vuosi  kuukausi

- Pour quelle raison avez-vous quitté cet emploi?  
Miksi lopetitte tämän työn?

de  année  mois  saakka  année  mois  
alkaen  vuosi  kuukausi

de  année  mois  saakka  année  mois  
alkaen  vuosi  kuukausi

5. Possédez-vous une entreprise ou avez-vous des intérêts financiers dans une entreprise?  
Omistatteko yrityksen tai onko teillä omaa yritystoimintaa?

oui  non  
kyllä ei

6. Êtes-vous dans un hôpital ou un établissement médical?  oui  non  
Oletteko sairaalassa tai määrätty laitokseen?  kyllä  ei

Si « oui », précisez:

Jos "kyllä", kertokaa yksityiskohtia: \_\_\_\_\_  
nom de l'hôpital ou de l'établissement médical  
sairaalan tai laitoksen nimi

\_\_\_\_\_  
adresse  
osoite

7. Pouvez-vous vous déplacer normalement?  oui  non  
Voitteko toimia suunnilleen normaalisti?  kyllä  ei

Si « non », expliquez: \_\_\_\_\_

Jos "ei", selvittäkää: \_\_\_\_\_

8. Quel médecin est le plus apte à renseigner la Régie des rentes du Québec sur votre invalidité?  
Kuka lääkäri voi parhaiten antaa Quebecin eläkejärjestelmälle tiedot työkyvyttömyydestänne?

Nom du médecin  
Lääkärin nimi

Adresse du médecin  
Lääkärin osoite

9. Quel(s) autre(s) médecin(s) avez-vous consulté(s) au sujet de votre invalidité?  
Kenen muun lääkärin luona olette ollut työkyvyttömyytenne vuoksi?

Date approximative  
Arvioitu

Nom du médecin  
Lääkärin nimi

Adresse du médecin  
Lääkärin osoite

année  
vuosi

mois  
kuukausi

10. Dans quels établissements médicaux avez-vous été traité ou examiné?  
Missä laitoksessa teitä on hoidettu tai tutkittu?

Date approximative  
Arvioitu

Nom de l'établissement  
Laitoksen nimi

Adresse de l'établissement  
Laitoksen osoite

année  
vuosi

mois  
kuukausi

11. Nombre d'années de scolarité que vous avez terminées avec succès:  
Kuinka monta vuotta olette käynyt koulua? \_\_\_\_\_

années  
vuotta

12. Avez-vous des enfants célibataires âgés de moins de 18 ans ou âgés entre 18 et 25 ans, qui sont encore aux études ou qui ne les ont pas abandonnées définitivement?

Onko teillä alle 18-vuotiaita naimattomia lapsia tai 18-25-vuotiaita lapsia, jotka vielä käyvät koulua tai eivät ole lopullisesti päättäneet opintojaan?

oui  non  
kyllä ei

Si « oui », veuillez remplir les espaces ci-dessous:  
Jos "kyllä", täyttäkää seuraava osasto:

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi	Nom de famille s'il est différent du vôtre Lapsen sukunimi (jos eri kuin teidän)	Sexe Sukupuoli	Date de naissance Syntymäaika			Adresse de l'enfant si elle diffère de la vôtre Lapsen osoite (jos eri kuin teidän)
			année vuosi	mois kuukausi	jour päivä	

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.

Jollei tilaa ole riittävästi, lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.

13. Parmi les enfants que vous avez nommés au point 12, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Saako kukaan 12 osastossa mainituista lapsista ja Quebecin työeläkejärjestelmän tai Kanadan työeläkejärjestelmän mukaista orvoneläkettä tai työkyvyttömän henkilön lapsen eläkettä?

oui  non  
kyllä ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:

Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla

\_\_\_\_\_



14. Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom de la personne invalide  
Tietoja henkilöstä, joka täyttää hakemuksen työkyvyttömän henkilön puolesta

M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

prénom  
etunimi

nom de famille  
sukunimi

lien de parenté avec la personne invalide  
suhde työkyvyttömään henkilöön

Adresse  
Osoite

code postal  
postinumero

Veillez nous fournir un rapport médical avec la demande de rente d'invalidité.  
Liittäkää lääkärintodistus työkyvyttömän henkilön hakemukseen.

**PARTIE D DEMANDE DE RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ORPHELIN**

**(La Partie A doit avoir été remplie.)**

**OSA D ELOONJÄÄNEEN LESKEN ELÄKETTÄ JA ORVONELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS**  
**(Varmistukaa, että olette täyttänyt osan A)**

Renseignements sur la personne décédée  
Vainajaa koskevia tietoja

1. a) Date de son décès  
Kuolinpäivä

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
année mois jour  
vuosi kuukausi päivä

b) Lieu du décès  
kuolinpaikka

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
ville ou village  
kaupunki

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
province, état ou territoire  
osavaltio tai alue

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
pays  
maa

2. Renseignements sur le conjoint survivant  
Tietoja eloonjääneestä puolisoista

M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

prénom, et nom de famille que vous utilisez actuellement/etunimi ja nyt käyttämäne sukunimet

3. Vos prénom et nom de famille à la naissance  
Etu- ja sukunimenne syntyessänne

les mêmes, ou:  
sama tai \_\_\_\_\_

4. Votre numéro d'assurance sociale au Canada  
Sosiaalivakuutusnumeronne Kanadassa

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

5. Adresse de votre domicile permanent à la date du décès du cotisant  
Vakituisen asuinpaikkanne osoite vakuutetun kuollessa

code postal/postinumero

6. Votre adresse actuelle, si elle est différente de celle paraissant au point 5  
Nykyinen osoitteenne (jos eri kuin osastoon 5 merkitsemänne)

code postal/postinumero

7. Votre date de naissance  
Syntymäaikanne

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
année mois jour  
vuosi kuukausi päivä

8. Votre lieu de naissance  
Syntymäpaikkanne

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
ville ou village  
kaupunki

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
province, état ou territoire  
osavaltio tai alue

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
pays  
maa

9. a) Étiez-vous marié(e) avec le cotisant au moment de son décès?  oui  non  
 Olitteko naimisissa vakuutetun kanssa hänen kuollessaan?  kyllä  ei

Si « oui », inscrivez la date du mariage:  
 Jos "kyllä", avioliiton solmimispäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

Si « non », depuis quand viviez-vous avec le cotisant?  
 Jos "ei", mistä lähtien asuitte vakuutetun kanssa?

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

- b) Un enfant est-il né de votre union avec le cotisant?  oui/kyllä  non/ei  
 Onko teillä vakuutetun kanssa yhteisiä lapsia?

- c) Étiez-vous marié(e) à une autre personne?  oui/kyllä  non/ei  
 Olitteko naimisissa toisen henkilön kanssa hänen kuollessaan?

- d) Le cotisant était-il marié à une autre personne au moment de son décès?  oui/kyllä  non/ei  
 Oliko vakuutettu kuollessaan naimisissa toisen henkilön kanssa?

10. Étiez-vous invalide au moment du décès du cotisant?  oui  non  
 Olitteko työkyvytön vakuutetun kuollessa?  kyllä  ei

ou/tai

Aviez-vous un enfant invalide?  
 Oliko teillä vammaisen lapsi?

oui  non  
 kyllä  ei

11. Recevez-vous une prestation en vertu:  
 Saatteko etuuksia:

DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC?  
 QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ?  oui  non  
 kyllä  ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:  
 Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?  
 KANADAN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ?  oui  non  
 kyllä  ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:  
 Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

12. Le cotisant décédé avait-il des enfants célibataires âgés de moins de 18 ans ou âgés entre 18 et 25 ans, qui étaient encore aux études ou qui ne les avaient pas abandonnées définitivement?  
 Oliko vakuutetulla alle 18-vuotiaita naimattomia lapsia tai 18-25-vuotiaita lapsia, jotka vielä käyvät koulua tai eivät ole lopullisesti päättäneet opintojaan?

oui  non Si « oui », veuillez remplir les espaces ci-dessous:  
 kyllä  ei Jos "kyllä", täyttäkää seuraava osasto:

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi	Nom de famille s'il est différent de celui de la personne décédée Lapsen sukunimi (jos eri kuin vainajan)	Sexe Sukupuoli	Date de naissance Syntymäaika			Adresse de l'enfant si elle diffère de celle de la personne décédée. Lapsen osoite (jos eri kuin vainajan)
			année vuosi	mois kuukausi	jour päivä	

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.  
 Jos tilaa ei ole riittävästi, lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetty tiedot jokaisesta lapsesta.

13. Parmi les enfants dont le nom est inscrit au point 12, y en a-t-il qui reçoivent ou ont déjà reçu une rente d'orphelin ou une rente d'enfant d'invalidé en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Saako kukaan 12 osastossa mainituista lapsista jo Québecin työeläkejärjestelmän tai Kanadan työeläkejärjestelmän mukaista orvoneläkettä tai työkyvyttömän henkilön lapsen eläkettä?

oui  
kyllä

non  
ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:  
Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

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

14. La personne qui signe la demande est-elle le conjoint survivant?  oui  non  
Onko hakemuksen allekirjoittava henkilö eloonjäänyt puoliso?  kyllä  ei

Si « non », donnez les raisons pour lesquelles la demande n'est pas faite par le conjoint survivant:  
Jos "ei", selvittäkää: \_\_\_\_\_

Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom du conjoint survivant  
Tietoja henkilöstä, joka täyttää hakemuksen eloonjääneen puolison puolesta

M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

prénom  
etunimi

nom de famille  
sukunimi

Adresse  
Osoite

code postal  
postinumero

## PARTIE E DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (La Partie A doit avoir été remplie.)

### OSA E HAUTAUSAVUSTUSTA KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)

Renseignements sur la personne décédée  
Vainajaa koskevia tietoja

1. a) Date du décès du cotisant  
Vakuutetun kuolinpäivä

année vuosi	mois kuukausi	jour päivä									

b) Lieu du décès  
kuolinpaikka

ville ou village  
kaupunki

province, état ou territoire  
osavaltio tai alue

pays  
maa

2. Renseignements sur la personne qui demande la prestation de décès  
Tietoja henkilöstä, joka hakee hautausavustusta

a)  M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

votre prénom  
etunimenne

votre nom de famille  
sukunimenne

b) Votre adresse  
Osoiteenne

code postal/postinumero

c) À quel titre demandez-vous la prestation de décès?  
Missä ominaisuudessa haette hautausavustusta?

Conjoint légitime  
Laillinen puoliso (nais- tai miesleski)

Héritier. Précisez le lien de parenté:  
Perillinen (täsmennä suhde) \_\_\_\_\_

Exécuteur testamentaire  
Testamentin toimeenpanija

Personne qui a payé les frais funéraires  
Hautauskulut maksanut henkilö

Autre. Précisez:  
Muu (täsmennä) \_\_\_\_\_



**PARTIE F DÉCLARATION DE LA PERSONNE  
QUI FAIT LA DEMANDE**  
**OSA F HAKIJAN ILMOITUS**

**AUTORISATION À DIVULGUER DE  
L'INFORMATION MÉDICALE**  
**VALTUUTUS ANTAA LÄÄKETIETEELLISIÄ  
TIETOJA**

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 la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser l'administration du Régime de rentes de tout changement pouvant influencer sur le droit aux prestations. De plus, j'autorise la Régie des rentes du Québec, ainsi que le Secrétariat de l'administration des ententes de sécurité sociale du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, à transmettre à l'organisme gouvernemental compétent tous les renseignements nécessaires à l'étude de toute demande de prestations, sauf ceux qui sont relatifs aux gains de travail et aux cotisations versées au Régime de rentes du Québec.

Haen täten Quebecin työeläkejärjestelmästä tämän hakemuksen mukaisia etuuksia. Ilmoitan, että käsitykseni mukaan tässä annetut tiedot ovat oikeita ja täydellisiä ja sitoudun ilmoittamaan Quebecin työeläkejärjestelmälle kaikista muutoksista, jotka saattavat vaikuttaa etuuksia koskevaan oikeuteen.

Lisäksi valtuutan Quebecin työeläkejärjestelmän ja kulttuuriyhteistyö- ja maahanmuuttoministeriön sopimusjärjestelyjä toimeenpanevan sihteeristön luovuttamaan asianomaiselle laitokselle kaikki hakemuksen käsittelyssä tarvittavat tiedot, lukuunottamatta työtuloja ja Quebecin työeläkejärjestelmälle maksettua vakuutusmaksuja koskevia tietoja.

Signature:  
Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Date:  
Päiväys: \_\_\_\_\_

J'autorise l'institution compétente de la Finlande à transmettre à l'institution compétente du Québec l'information sur mon état de santé et tout autre information requise pour l'étude de ma demande.

Valtuutan täten asianomaisen suomalaisen vakuutuslaitoksen antamaan Quebecin asianomaiselle vakuutuslaitokselle terveydentilaani koskevia tietoja ja muita hakemukseni käsittelyssä tarvittavia tietoja.

Signature:  
Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Date:  
Päiväys: \_\_\_\_\_

**Déclaration du témoin lorsque la personne  
qui fait la demande signe d'une croix (X).**  
**Todistajan ilmoitus, jos hakija on  
allekirjoittanut merkitsemällä ristin (X)**

J'ai lu le contenu de la présente demande à la personne qui fait la demande; elle a semblé le comprendre et elle a signé d'une croix (X).

Olen lukenut tämän hakemuksen hakijalle, joka näyttää ymmärtävän sisällön ja allekirjoitti merkitsemällä ristin (X).

Signature du témoin:  
Todistajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Adresse du témoin:  
Todistajan osoite: \_\_\_\_\_

code postal/Postinumero \_\_\_\_\_

Date:  
Päiväys: \_\_\_\_\_

**AUTORISATION À DIVULGUER LE MONTANT DE RENTE VERSÉ PAR LA RÉGIE  
DES RENTES DU QUÉBEC (facultatif pour le traitement de la demande)**  
**VALTUUTUS ILMOITAA QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄN MAKSAMAN ELÄKKEEN  
MÄÄRÄ (valinnainen hakemuksen käsittelyä varten)**

Par la présente, j'autorise la Régie des rentes du Québec à communiquer à l'institution finlandaise compétente, directement ou par l'entremise du Secrétariat de l'administration des ententes de sécurité sociale, le montant et la date du début de toute prestation qui m'est ou me sera payée par la Régie des rentes du Québec.

Je suis conscient(e) que la législation de la Finlande permet de réduire le montant de la prestation finlandaise lorsqu'une prestation est versée par un autre pays.

Je suis conscient(e) également que le refus de signer la présente autorisation ne m'empêche pas de présenter une demande de prestation payable par l'institution compétente de la Finlande.

Valtuutan täten Quebecin työeläkejärjestelmän ilmoittamaan suomalaiselle asianomaiselle vakuutuslaitokselle, suoraan tai sopimusjärjestelyjä toimeenpanevan sihteeristön välityksellä, minkä tahansa Quebecin työeläkejärjestelmän minulle maksaman tai tulevaisuudessa maksettavan eläkkeen määrän ja hakemispäivän.

Olen tietoinen siitä, että Suomen lainsäädäntö antaa mahdollisuuden vähentää suomalaista eläkettä, kun etuuksia maksetaan toisesta maasta. Olen myös täysin tietoinen siitä, että kieläytyminen allekirjoittamasta tätä valtuutusta ei missään tapauksessa estä minua jättämästä suomalaisen asianomaisen vakuutuslaitoksen maksamia etuuksia koskevaa hakemusta.

Signature:  
Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Date:  
Päiväys: \_\_\_\_\_

**PARTIE À ÊTRE REMPLIE PAR L'INSTITUT D'ASSURANCE SOCIALE DE LA FINLANDE  
SUOMEN KANSANELÄKELAITOS TÄYTTÄÄ**

La demande a été reçue le:  
Hakemuksen vastaanottopäivä:

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

**Renseignements sur le cotisant  
Vakuutettua koskevia tietoja**

Date de naissance  
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

Date du décès  
Kuolinpäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

Date du mariage  
Avioliiton solmimispäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

Date du divorce  
Avioeropäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

**Renseignements sur le conjoint survivant  
Eloonjäänyttä puolisoa koskevia tietoja**

Date de naissance  
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

**Renseignements sur les enfants  
Lapsia koskevia tietoja**

Date de naissance  
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

Date de naissance  
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée  
vahvistettu

*J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule sont exactes.  
Ilmoitan täten, että tässä lomakkeessa annettu siviilisäätyä koskeva tieto on oikea.*

Organisme de liaison finlandais:  
Osaston täydellinen nimi: \_\_\_\_\_

Date:  
Päiväys: \_\_\_\_\_

Signature:  
Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nom, prénom et titre du fonctionnaire:

Vakuutetun henkilön sukunimi, etunimi ja ammatti: \_\_\_\_\_

Sceau  
Leima

