

DOMANDA DI PRESTAZIONI A CARICO DEL REGIME PENSIONISTICO DEL QUÉBEC IN VIRTÙ  
DELL'INTESA FRA L'ITALIA E IL QUÉBEC IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE  
DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DES RENTES DU QUÉBEC EN VERTU DE L'ENTENTE  
QUÉBEC-ITALIE SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

AVVERTENZA - NOTE

La presente domanda deve essere compilata dal lavoratore ovvero, qualora si tratti di una domanda di prestazioni ai superstiti o per morte, dall'avente diritto che richiede la prestazione.

Si prega di scrivere in stampatello.

*Cette demande doit être remplie par le travailleur ou, s'il s'agit d'une demande de prestations de survivants ou de décès, par l'ayant droit qui réclame la prestation.*

*Veillez écrire en lettres moulées.*

PARTE I - INFORMAZIONI GENERALI SULL'ASSICURATO (\*) DEL REGIME PENSIONISTICO DEL QUÉBEC.

PARTIE I - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT (\*) AU RÉGIME DES RENTES DU QUÉBEC.

(\*) "Assicurato" è la persona che ha versato contributi al regime pensionistico del Québec

*"le cotisant" signifie la personne qui a versé des contributions au Régime des rentes du Québec.*

<p>1. N. di assicurazione sociale dell'assicurato in Canada <i>Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada</i></p>	<p>2. Nomi dell'assicurato (sottolineare quello usato abitualmente)      Cognome dell'assicurato <i>Prénoms du cotisant (soulignez celui employé habituellement) Nom de famille du cotisant</i></p> <p>Sig.      Sig.ra      Sig.na <i>M.      M.me      M.lle</i></p>															
<p>3. Indirizzo dell'assicurato - <i>Adresse du cotisant</i></p>	<p>4. Ultima provincia di residenza in Canada <i>Dernière province de résidence du cotisant au Canada</i></p>															
<p>5. Data di nascita dell'assicurato <i>Date de naissance du cotisant</i></p> <p style="text-align: right;">giorno    mese    anno <i>jour    mois    année</i></p>	<p>6. Luogo di nascita dell'assicurato - <i>Lieu de naissance du cotisant</i></p> <p style="text-align: right;">(città, paese, provincia, territorio, Stato) <i>(ville, village, province, territoire, Pays)</i></p>															
<p>7. Cognome di nascita completo (qualora sia diverso da quello di cui al n. 2) <i>Nom complet à la naissance (si différent de celui inscrit à 2)</i></p>	<p>8. Stato civile dell'assicurato - <i>État civil du cotisant</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p>Celibe/nubile <i>Célibataire</i></p> <p>Separato/a dal <i>Séparé(e) depuis</i></p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>Coniugato/a <i>Marié(e)</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p> </td> <td style="width: 33%;"> <p>Vedovo <i>Veuf</i></p> <p>Divorziato/a dal <i>Divorcé(e) depuis</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"> <p>Vedova <i>Veuve</i></p> </td> </tr> </table>	<p>Celibe/nubile <i>Célibataire</i></p> <p>Separato/a dal <i>Séparé(e) depuis</i></p>	<p>Coniugato/a <i>Marié(e)</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p>	<p>Vedovo <i>Veuf</i></p> <p>Divorziato/a dal <i>Divorcé(e) depuis</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p>			<p>Vedova <i>Veuve</i></p>									
<p>Celibe/nubile <i>Célibataire</i></p> <p>Separato/a dal <i>Séparé(e) depuis</i></p>	<p>Coniugato/a <i>Marié(e)</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p>	<p>Vedovo <i>Veuf</i></p> <p>Divorziato/a dal <i>Divorcé(e) depuis</i></p> <p style="text-align: right;">mese    anno <i>mois    année</i></p>														
		<p>Vedova <i>Veuve</i></p>														
<p>9. L'assicurato ha richiesto prestazioni in virtù <i>Le cotisant a-t-il demandé une prestation en vertu</i> del regime pensionistico del Québec?      Si      No      del regime pensionistico del Canada?      Si      No <i>du Régime des rentes du Québec?      Oui      Non      du Régime des pensions du Canada?      Oui      Non</i></p> <p>Qualora si benefici o si abbia beneficiato di una prestazione indicate quale <i>Si une prestation est ou a été reçue, indiquez laquelle</i> Indicate il numero di assicurazione sociale in base al quale tale prestazione è o è stata erogata <i>Indiquez sous quel numéro d'assurance sociale cette prestation est ou a été payée</i></p>																
<p>10. L'assicurato ha percepito, <b>a proprio nome</b>, assegni familiari a carico del Québec o del Canada dopo il 1° gennaio 1966, per i figli nati dopo il 31 dicembre 1958? <i>Le cotisant a-t-il reçu, à son nom, des cheques d'allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1<sup>er</sup> janvier 1966, pour des enfants nés après le 31 décembre 1958?</i></p> <p>• Se "SI", rispondete alle domande di cui ai successivi numeri 11 e 12. <i>Si "OUI", répondez aux questions 11 et 12 ci-dessous.</i></p> <p>• Se "NO", passate direttamente alla Parte II, senza rispondere alle domande di cui ai numeri 11 e 12. <i>Si "NON", passez directement à la Partie II, sans répondre aux questions 11 et 12.</i></p>																
<p>11. Indicate nome, cognome e data di nascita di ciascuno dei figli nati dopo il 31 dicembre 1958, per i quali l'assicurato ha percepito, <b>a proprio nome</b>, assegni familiari a carico del Québec o del Canada, dopo il 1° gennaio 1966. <i>Inscrivez les prénoms, noms de famille et date de naissance de chacun des enfants nés après le 31 décembre 1958, pour lesquels le cotisant a reçu, à son nom, une allocation familiale du Québec ou du Canada après le 1<sup>er</sup> janvier 1966.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">Nome (in stampatello) <i>Prénom (en lettres moulées)</i></th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Cognome (in stampatello) <i>Nom de famille (en lettres moulées)</i></th> <th style="width: 33%; text-align: center;">Data di nascita <i>Date de naissance</i> giorno - mese - anno <i>jour - mois - année</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Se vi sono più di quattro figli, allegare una lista sulla quale, per ciascun figlio, dovranno essere fornite le medesime informazioni di cui sopra. <i>S'il y a plus de quatre enfants, joignez une liste sur laquelle vous fournirez pour chaque enfant les mêmes renseignements que ci-dessous</i></p>		Nome (in stampatello) <i>Prénom (en lettres moulées)</i>	Cognome (in stampatello) <i>Nom de famille (en lettres moulées)</i>	Data di nascita <i>Date de naissance</i> giorno - mese - anno <i>jour - mois - année</i>												
Nome (in stampatello) <i>Prénom (en lettres moulées)</i>	Cognome (in stampatello) <i>Nom de famille (en lettres moulées)</i>	Data di nascita <i>Date de naissance</i> giorno - mese - anno <i>jour - mois - année</i>														

**PARTE I (seguito) - PARTIE I (suite)**

12. Vi sono periodi, tra la data di nascita dei figli e il loro 7° anno di età, durante i quali non sono stati erogati all'assicurato assegni familiari a carico del Québec o del Canada? Si No  
*Depuis la naissance des enfants jusqu'à leur 7<sup>e</sup> anniversaire, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles l'allocation familiale du Québec ou du Canada n'a pas été versée au cotisant?* *Oui Non*

- Se "si", indicate il nome del figlio e i periodi interessati:
- Si "oui", inscrivet il prenome dell'infante e i periodi concernuti:

Nome del figlio <i>Prénom de l'enfant</i>	Periodi durante i quali non sono stati erogati all'assicurato assegni familiari a carico del Québec o del Canada <i>Périodes pendant lesquelles aucune allocation familiale du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant</i>				
	da <i>Mese Mois</i>	Anno <i>Année</i>		a <i>Mese Mois</i>	anno <i>Année</i>

Se non avete spazio sufficiente, allegare un elenco sul quale fornire le medesime informazioni.  
*Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, joignez une liste sur laquelle vous fournirez les mêmes renseignements.*

**PARTE II - PRESTAZIONI RICHIESTE (deve essere stata compilata la Parte I)**

**PARTIE II - PRESTATIONS DEMANDÉES (si la Parte I a été remplie)**

Quale tipo di prestazione/i richiedete? - *Quel genre de prestation/s demandez-vous?*

Pensione di ritiro dal lavoro a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte III) <i>Rente de retraite du Régime des rentes du Québec (remplir Partie III)</i>	Pensione per coniuge superstite a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte V) <i>Rente de conjoint survivant du Régime des rentes du Québec (remplir Partie V)</i>
Pensione d'invalidità a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte IV) <i>Rente d'invalidité du Régime des rentes du Québec (remplir Partie IV)</i>	Pensione orfanile a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte V) <i>Rente d'orphelin du Régime des rentes du Québec (remplir Partie V)</i>
Pensione per figlio di assicurato invalido a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte IV) <i>Rente d'enfant de cotisant invalide des Régime des rentes du Québec (remplir Partie IV)</i>	Prestazioni per morte a carico del regime pensionistico del Québec (compilare la Parte VI) <i>Prestations de décès du Régime des rentes du Québec (remplir Partie VI)</i>

**PARTE III - DOMANDA DI PENSIONE DI RITIRO DAL LAVORO (deve essere stata compilata la Parte I)**

**PARTIE III - DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE (si la Parte I a été remplie)**

1. Lavorate ancora? Si No Se "no", quando avete cessato di lavorare? mese anno  
*Travaillez-vous encore?* *Oui Non* *Si "non", quand avez-vous cessé de travailler? mois année*

2. In quale lingua desiderate che l'Istituto assicuratore del Québec comunichi con voi? Francese Inglese  
*En quelle langue désirez-vous que la Régie communique avec vous?* *Français Anglais*

Dichiarazione dell'assicurato <i>Déclaration du cotisant</i>	Dichiarazione del testimone nei casi in cui l'assicurato firmi con segno di croce (x) <i>Déclaration du témoin quand le cotisant signe d'une croix (x)</i>
<p>Con la presente domanda richiedo una pensione di ritiro dal lavoro in virtù del regime pensionistico del Québec. Sono a conoscenza che non potranno essere versati contributi al regime pensionistico del Québec dopo la concessione della pensione di ritiro dal lavoro. Dichiaro che, in base alle mie conoscenze, le informazioni contenute nella presente domanda sono complete e veritiere.  <i>Par la présente, je demande une rente de retraite en vertu du Régime des rentes du Québec. Je sais qu'aucune contribution ne pourra être versée au Régime des rentes du Québec une fois que la rente de retraite deviendra payable. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et complets.</i></p> <p>Firma dell'assicurato - <i>Signature du cotisant</i></p> <p>_____</p> <p>Data della domanda <span style="margin-left: 20px;">giorno mese anno</span> <span style="margin-left: 100px;">N. di telefono</span>  <i>Date de la demande</i> <span style="margin-left: 20px;"><i>jour mois année</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>N. de téléphone</i></span></p> <p>N.B. - Qualora l'assicurato firmi con segno di croce (x), dovrà essere rilasciata da parte di un testimone la dichiarazione riportata a fianco.  <i>Note: Si le cotisant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.</i></p>	<p>Ho letto il contenuto della presente domanda all'assicurato che è sembrato comprenderla e che ha firmato con il segno di croce (x).  <i>J'ai lu le contenu de la présente demande au cotisant qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x)</i></p> <p>Firma del testimone _____  <i>Signature du témoin</i></p> <p>Indirizzo del testimone _____  <i>Adresse du témoin</i></p> <p style="text-align: right;">Codice postale - <i>Code postal</i></p> <p>Data <span style="margin-left: 20px;">giorno mese anno</span> <span style="margin-left: 100px;">N. di telefono</span>  <i>Date</i> <span style="margin-left: 20px;"><i>jour mois année</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>N. de téléphone</i></span></p>

**PARTE IV - DOMANDA DI PENSIONE DI INVALIDITÀ E PER FIGLIO DI ASSICURATO INVALIDO (deve essere stata compilata la Parte I)**

**PARTIE IV - DEMANDE DE RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT DE COTISANT INVALIDE (la Parte I doit avoir été remplie)**

1. Data approssimativa d'inizio della vostra invalidità mese anno  
*Date approximative du début de votre invalidité* *mois année*

PARTE IV (seguito) - PARTIE IV (suite)			
2. Avete smesso completamente di lavorare? <i>Avez-vous cessé complètement de travailler?</i>		Si <i>Oui</i>	Se "si", da quando? <i>Si "oui", depuis quand?</i>
			mese    anno <i>mois    année</i>
per quale ragione? <i>pour quelle raison?</i>			
		No <i>Non</i>	Se "no", lavorate regolarmente? <i>Si "non", travaillez vous régulièrement?</i>
			o occasionalmente? <i>ou occasionnellement?</i>
3. Informazioni sulla vostra ultima attività lavorativa - <i>Reinseignements sur votre dernier emploi</i>			
a) Tipo di attività lavorativa <i>a) Genre d'emploi</i>	b) Nome del datore di lavoro <i>b) Nom de l'employeur</i>	c) Tipo di impresa <i>c) Genre d'entreprise</i>	
d) Per quanto tempo avete svolto tale attività? <i>Pendant combien de temps avez-vous occupé cet emploi?</i>		Anni - <i>Anée(s)</i>	Mesi - <i>Mois</i>
e) Tale attività vi obbligava a lavorare all'aperto? <i>Cet emploi vous obligeait-il à travailler à l'extérieur (en plein air)?</i>		Si <i>Oui</i>	No <i>Non</i>
f) Descrivete i principali adempimenti del vostro lavoro <i>Décrivez les principales activités de votre travail</i>			
4. Quali sono state le vostre precedenti attività lavorative (a cominciare dalla più recente)? <i>Quels furent vos emplois précédents (en commençant par les plus récents)?</i>			
Tipo di attività lavorativa <i>Genre d'emploi</i>		Durata del periodo durante il quale avete svolto tale tipo di attività <i>Pendant combien de temps avez-vous exécuté ce genre d'emploi?</i>	
Tipo d'azienda <i>Genre d'entreprise</i>		Mesi - <i>Mois</i>	Anni - <i>Anée(s)</i>
5. Siete proprietario di un'impresa o avete interessi finanziari in un'impresa? <i>Possédez-vous personnellement une entreprise ou avez-vous des intérêts financiers dans une entreprise?</i>		Si <i>Oui</i>	No <i>Non</i>
6. Siete ricoverato presso un ospedale o una casa di cura? <i>Êtes-vous dans un hôpital ou un établissement médical?</i>		Si <i>Oui</i>	No <i>Non</i>
Nome dell'ospedale o della casa di cura (scrivere in stampatello) <i>Nom de l'hôpital ou de l'établissement médical (en lettres moulées)</i>			
Se "si", precisate quale: <i>Si "oui", précisez lequel</i>		Indirizzo (scrivere in stampatello) <i>Adresse (en lettres moulées)</i>	
7. Potete spostarvi normalmente? <i>Pouvez-vous vous déplacer normalement?</i>		Si <i>Oui</i>	No <i>Non</i>
Se "no", chiarite <i>Si "non", expliquez</i>			
8. Qual'è il medico più adatto a fornire informazioni all'Istituto assicurativo del Québec circa l'invalidità dell'assicurato? <i>Quel médecin est le plus apte à renseigner la Régie des rentes du Québec sur votre invalidité?</i>			
Nome e cognome del medico <i>Nom du médecin</i>		Indirizzo del medico <i>Adresse du médecin</i>	
9. Quali altri medici avete consultato in relazione alla vostra invalidità? <i>Quels autres médecins avez-vous consulté en rapport avec votre invalidité?</i>			
Nome e cognome del medico <i>Nom du médecin</i>		Indirizzo del medico <i>Adresse du médecin</i>	Data approssimativa <i>Date approximative</i>
			Mese    Anno <i>Mois    Année</i>
10. In quali case di cura siete stato curato o sottoposto ad accertamenti? <i>Dans quels établissements médicaux avez-vous été traité ou examiné?</i>			
Indirizzo della casa di cura <i>Adresse de l'établissement</i>		Denominazione della casa di cura <i>Nom de l'établissement</i>	Data approssimativa <i>Date approximative</i>
			Mese    Anno <i>Mois    Année</i>



PARTE IV (seguito) - PARTIE IV (suite)			
18. In quale lingua desiderate che l'Istituto assicuratore del Québec comunichi con voi? <i>En quelle langue désirez-vous que la Régie communique avec vous?</i>	<table> <tr> <td>Francese <i>Français</i></td> <td>Inglese <i>Anglais</i></td> </tr> </table>	Francese <i>Français</i>	Inglese <i>Anglais</i>
Francese <i>Français</i>	Inglese <i>Anglais</i>		
<b>Dichiarazione dell'assicurato invalido o della persona che fa la domanda in nome dell'assicurato</b> <b>Déclaration du cotisant invalide ou de la personne qui fait la demande au nom du cotisant</b>	<b>Dichiarazione del testimone nei casi in cui la persona che fa la domanda firmi con segno di croce (x)</b> <b>Déclaration du témoin au cas où la personne qui fait la demande signe d'une croix (x)</b>		
Con la presente domanda richiedo una pensione d'invalidità in virtù del Regime pensionistico del Québec e una pensione per figlio di assicurato invalido per ciascuno dei figli di cui al punto 14. Dichiaro che, in base alle mie conoscenze, le informazioni fornite con la presente domanda sono veritiere e complete e m'impegno a notificare all'amministrazione del predetto Regime qualsiasi variazione che possa influire sul diritto a prestazioni. <i>Par la présente, je demande en vertu du Régime des rentes du Québec une rente d'invalidité et, pour chacun des enfants inscrits au point 14, une rente d'enfant de cotisant invalide. Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser l'administration du dit Régime de tout changement pouvant affecter l'admissibilité aux prestations.</i>	Ho letto il contenuto della presente domanda al richiedente (*) che è sembrato comprenderla e che ha firmato con un segno di croce (x). <i>J'ai lu le contenu de la présente demande au requérant (*) qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x)</i>		
Firma <i>Signature</i>	Firma del testimone <i>Signature du témoin</i>		
Data della domanda <i>Date de la demande</i>	Indirizzo del testimone <i>Adresse du témoin</i>		
giorno mese anno <i>jour mois année</i>	Codice postale - <i>Code postal</i>		
N. di telefono <i>N. de téléphone</i>			
N.B. - Qualora la persona che fa la domanda firmi con segno di croce (x), dovrà essere rilasciata da parte di un testimone la dichiarazione riportata a fianco. <i>Note: Si la personne qui fait la demande signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.</i>	(*) "Richiedente" è la persona che richiede la prestazione. <i>(*) Le "requérant" est la personne qui réclame la prestation.</i>		

PARTE V - DOMANDA DI PENSIONE IN QUALITÀ DI CONIUGE SUPERSTITA O DI ORFANO (deve essere stata compilata la Parte I) <b>PARTIE V - DEMANDE DE RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET DE ORPHELINE (si la Partie I a été remplie)</b>	
1. Data della morte dell'assicurato <i>Date du décès du cotisant</i>	giorno mese anno <i>jour mois année</i>
(città, paese) <i>(ville, village)</i>	(provincia, territorio) <i>(province, territoire)</i>
(Stato) <i>(Pays)</i>	
2. Luogo della morte dell'assicurato <i>Lieu du décès du cotisant</i>	
3. Informazioni concernenti il coniuge superstite <i>Reenseignements sur le conjoint survivant</i>	
a) Sig. / M Sig.ra / M.me Sig.na / M.lle	Nome <i>Prénom</i>
	Cognome <i>Nom de famille</i>
	b) Numero di assicurazione sociale in Canada del coniuge superstite <i>Numéro d'assurance sociale au Canada du conjoint survivant</i>
c) Indicate il vostro indirizzo alla data della morte dell'assicurato <i>Inscrivez votre adresse à la date du décès du cotisant</i>	Codice postale <i>Code postal</i>
d) Indicate il vostro indirizzo attuale qualora sia differente da quello di cui alla lettera c) <i>Inscrivez votre adresse actuelle s'il est différent de celui inscrit à c)</i>	Codice postale <i>Code postal</i>
e) Indicate la vostra data di nascita <i>Inscrivez votre date de naissance</i>	f) Indicate il vostro luogo di nascita (città, paese) <i>Inscrivez votre lieu de naissance (ville, village)</i>
giorno mese anno <i>jour mois année</i>	(provincia, territorio) <i>(province, territoire)</i>
	(Stato) <i>(Pays)</i>
g) Il vostro nome e cognome era lo stesso alla nascita di quello indicato alla lettera a)? <i>Vos nom et prénom à la naissance étaient-ils les mêmes que ceux indiqués à a)?</i>	Si <i>Oui</i>
	No <i>Non</i>
Se "no", indicate: Si "non", indiquez:	Nome <i>Prénom</i>
	Cognome <i>Nom de famille</i>
h) Eravate coniugato con l'assicurato defunto? <i>Étiez-vous marié(e) avec le cotisant décédé?</i>	Si <i>Oui</i>
	No <i>Non</i>
Se "si", indicate la data del matrimonio <i>Si "oui", inscrivez la date du mariage</i>	giorno mese anno <i>jour mois année</i>
Se "no", da quando vivevate con l'assicurato? <i>Si "non", Depuis quand viviez-vous avec le cotisant?</i>	giorno mese anno <i>jour mois année</i>
Eravate coniugato/a con un'altra persona? <i>Étiez-vous marié(e) à une autre personne?</i>	Si <i>Oui</i>
	No <i>Non</i>
i) Vi siete risposato/a dopo la morte dell'assicurato? <i>êtes-vous remarié(e) depuis le décès du cotisant?</i>	Si <i>Oui</i>
	No <i>Non</i>
Se "si", indicate la data di tale matrimonio <i>Si "oui", inscrivez la date de ce mariage</i>	giorno mese anno <i>jour mois année</i>
j) Eravate invalido/a al momento della morte dell'assicurato? <i>Étiez-vous invalide au moment du décès du cotisant?</i>	Si <i>Oui</i>
	No <i>Non</i>
Se "si", allegare una relazione sanitaria concernente la vostra invalidità <i>Si "oui", joignez un rapport médical sur votre invalidité</i>	

Allegare alla domanda il certificato del vostro matrimonio con l'assicurato defunto  
*Joignez à la demande le certificat de votre mariage avec le cotisant décédé*

PARTE V (seguito) - PARTIE V (suite)

- k) All'epoca della morte dell'assicurato avevate a carico un figlio invalido dell'assicurato defunto di 18 o più anni?  
*Lors du décès du cotisant aviez-vous à votre charge un enfant du cotisant décédé âgé de 18 ans ou plus et qui était invalide?* Si No  
*Oui Non*
- Se "si", allegare una relazione sanitaria concernente la sua invalidità e indicare la sua data di nascita  
*Si "oui", joignez un rapport médical sur son invalidité et indiquez sa date de naissance* giorno mese anno  
*jour mois année*
- l) Percepisce o avete già percepito o richiesto prestazioni in virtù del regime pensionistico del Québec?  
*recevez-vous ou avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec?* Si No  
*Oui Non*
- Se "si", indicate in base a quale numero di sicurezza sociale canadese  
*Si "oui", indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada*
- Percepisce o avete già percepito o richiesto prestazioni in virtù del regime pensionistico del Canada?  
*recevez-vous ou avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de pensions du Canada?* Si No  
*Oui Non*
- Se "si", indicate in base a quale numero di sicurezza sociale canadese  
*Si "oui", indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada*

4. Se l'assicurato aveva figli non coniugati di età inferiore ai 18 anni ovvero di età compresa tra i 18 e i 25 che frequentavano un istituto scolastico, indicate i figli per i quali richiedete una pensione in qualità di orfani  
*Si le cotisant décédé avait des enfants célibataires de moins de 18 ans ou de 18 à 25 ans qui fréquentaient un établissement d'enseignement, indiquez chacun des enfant pour lequel vous demandez une rente d'orphelin.*

Nome del figlio <i>Prénom de l'enfant</i>	Cognome qualora sia differente da quello dell'assicurato defunto <i>Nom de famille s'il est différent de celui du cotisant décédé</i>	Sesso <i>Sexe</i>	Data di nascita <i>Date de naissance</i>			Indirizzo del figlio <i>Adresse de l'enfant</i>
			giorno <i>jour</i>	mese <i>mois</i>	anno <i>année</i>	

5. Tra i figli indicati ve ne sono alcuni che percepiscono o hanno già percepito o richiesto prestazioni in virtù del regime pensionistico del Québec o del regime pensionistico del Canada?  
*Parmi les enfants inscrits, y en a-t-il qui reçoivent ou ont déjà reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime des pensions du Canada?*
- Si No  
*Oui Non*
- Se "si" indicate:  
*Si "oui", indiquez:*

Nome del figlio <i>Prénom de l'enfant</i>	Cognome del figlio <i>Nom de famille</i>	Numero di assicurazione sociale canadese in base al quale sono state già percepite o richieste prestazioni <i>Numéro d'assurance sociale du Canada sous lequel la prestation a été reçue ou demandée</i>

6. La persona che firma la domanda è il coniuge?  
*La personne qui signe la demande est-elle le conjoint survivant?* Si No  
*Oui Non*
- Se "no", spiegate le ragioni per le quali la domanda non è presentata dal coniuge superstite.  
*Si "non", expliquez les raisons pour lesquelles la demande n'est pas soumise par le conjoint survivant.*

Informazioni concernenti la persona che presenta la domanda in nome del coniuge superstite  
*Reenseignements sur la personne qui soumit la demande au nom du conjoint survivant.*

Sig. / M Nome  
*Prénom* Cognome  
*Nom*

Sig.ra / M.me  
 Sig.na / M.lle

Indirizzo - Adresse Codice postale - Code postal

7. In quale lingua desiderate che l'Istituto assicuratore del Québec comunichi con voi?  
*En quelle langue désirez-vous que la Régie communique avec vous?* Francese Inglese  
*Français Anglais*

PARTE V (seguito) - PARTIE V (suite)	
Dichiarazione del richiedente (*) Déclaration du requérant (*)	Dichiarazione del testimone nei casi in cui il richiedente firmi con segno di croce (x) Déclaration du témoin au cas où la personne qui fait la demande signe d'une croix (x)
<p>Con la presente domanda richiedo, in virtù del regime pensionistico del Québec, una pensione in qualità di coniuge superstite e/o una pensione orfanile a favore di ciascuno dei figli dell'assicurato indicati al punto 4. Dichiaro che, in base alle mie conoscenze, le informazioni fornite con la presente domanda sono veritiere e complete e m'impegno a notificare all'amministrazione del predetto regime qualsiasi variazione che possa influire sul diritto a prestazioni.</p> <p><i>Par la présente, je demande en vertu du Régime des rentes du Québec une rente de conjoint survivant et/ou une rente d'orphelin pour chacun des enfants du cotisant indiqués à la question 4. Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser l'administration du dit régime de tout changement pouvant affecter l'admissibilité aux prestations.</i></p> <p>Firma _____ Signature</p> <p>Data della domanda _____ giorno mese anno N. di telefono Date de la demande jour mois année N. de téléphone</p> <p>(*) "Richiedente" indica la persona che richiede la prestazione. (* ) Le "requérant" signifie la personne qui réclame la prestation. N.B. - Qualora il richiedente firmi con segno di croce (x), dovrà essere rilasciata da parte di un testimone la dichiarazione riportata a fianco. N.B.: Si le requérant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.</p>	<p>Ho letto il contenuto della presente domanda al richiedente che è sembrato comprenderla e che ha firmato con un segno di croce (x). <i>J'ai lu le contenu de la présente demande au requérant qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x)</i></p> <p>Firma del testimone _____ Signature du témoin</p> <p>Indirizzo del testimone _____ Adresse du témoin</p> <p style="text-align: right;">Codice postale - Code postal</p> <p>Data _____ giorno mese anno N. di telefono Date jour mois année N. de téléphone</p>

PARTE VI - DOMANDA DI PRESTAZIONE PER MORTE (deve essere stata compilata la Parte I) PARTIE VI - DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (la Partie I doit avoir été remplie)	
1. Data del decesso dell'assicurato _____ giorno mese anno Date du décès du cotisant jour mois année	
2. Luogo della morte dell'assicurato _____ Lieu du décès du cotisant	
3. Informazioni riguardanti il richiedente la prestazione per morte <i>Reinseignements sur le requérant la prestation de décès.</i>	
Sig. / M _____ Nome _____ Cognome _____ Relazione di parentela con l'assicurato defunto Sig.ra / M.me Prénom Nom de famille Lien de parenté du requérant avec le cotisant décédé	
Sig.na/ M.lle _____	
Indirizzo del richiedente _____ Codice postale _____ Adresse du requérant Code postal	
4. Esiste una persona che si occupa delle questioni attinenti alla successione? <i>Y a-t-il quelqu'un qui s'occupe du règlement de la succession?</i>	Si No Oui Non
Se "si", indicate: Si "oui", indiquez:	
Nome di tale persona _____ Cognome di tale persona _____ Prénom de cette personne Nom de cette personne	
Indirizzo _____ Codice postale _____ Adresse Code postal	
A quale titolo tale persona si occupa delle questioni attinenti alla successione? <i>A quel titre cette personne s'occupe-elle du règlement de la succession?</i>	

PARTE VI (seguito) - PARTIE VI (suite)

5. A quale titolo richiedete la prestazione per morte?  
*A quel titre réclamez-vous la prestation de décès?*

a) A titolo di esecutore testamentario  
*A titre d'exécuteur testamentaire*

b) In quanto vi siete occupati delle spese di sepoltura ovvero dell'ultima malattia dell'assicurato defunto  
*Parce que vous avez payé les frais de sépulture ou de la dernière maladie du cotisant décédé*

In tal caso allegate una copia delle fatture che avete saldato e indicate:  
*Dans ce cas joignez une copie des factures que vous avez acquittées et indiquez:*

Il vostro nome  
*Votre prénom*

Il vostro cognome  
*Votre nom de famille*

Il vostro indirizzo  
*Votre adresse*

Codice postale  
*Code postal*

c) Altro specificate  
*Autre spécifiez*

6. In quale lingua desiderate che l'Istituto assicuratore del Québec comunichi con voi?  
*En quelle langue désirez-vous que la Régie communique avec vous?*

Francese  
*Français*

Inglese  
*Anglais*

**Dichiarazione del richiedente (\*)**  
**Déclaration du requérant (\*)**

Con la presente domanda, richiedo le prestazioni per morte in virtù del Regime pensionistico del Québec. Dichiaro che, in base alle mie conoscenze, le informazioni fornite con la presente domanda sono veritiere e complete.  
*Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, la prestation de décès. Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets.*

Firma \_\_\_\_\_  
*Signature*

Data della domanda \_\_\_\_\_  
*Date de la demande*

giorno	mese	anno	N. di telefono
<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>N. de téléphone</i>

(\*) "Richiedente" indica la persona che richiede la prestazione.  
 (\*) *Le "requérant" signifie la personne qui demande la prestation.*  
 N.B. - Qualora il richiedente firmi con segno di croce (x), dovrà essere rilasciata da parte di un testimone la dichiarazione riportata a fianco.

*Note: Si le requérant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.*

**Dichiarazione del testimone nei casi in cui il richiedente firmi con segno di croce (x)**  
**Déclaration du témoin au cas où le requérant signe d'une croix (x)**

Ho letto il contenuto della presente domanda al richiedente che è sembrato comprenderla e che ha firmato con un segno di croce (x).  
*J'ai lu le contenu de la présente demande au requérant qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x)*

Firma del testimone \_\_\_\_\_  
*Signature du témoin*

Indirizzo del testimone  
*Adresse du témoin*

Codice postale - *Code postal*

Data \_\_\_\_\_  
*Date*

giorno	mese	anno	N. di telefono
<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>N. de téléphone</i>

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**  
**À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT**

Da compilarsi da parte dell'istituzione italiana  
*À être complété par l'institution compétente italienne*

La domanda è pervenuta il  
*Date de réception de la demande*

giorno mese anno  
*jour mois année*

Si attesta che i dati anagrafici riportati nel presente formulario sono stati rilevati dai documenti originali presentati dall'interessato.

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

Luogo \_\_\_\_\_  
*Lieu*

Data \_\_\_\_\_  
*Date*

giorno	mese	anno
<i>jour</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>

Timbro \_\_\_\_\_  
*Sceau officiel*

Firma \_\_\_\_\_  
*Signature*