

**ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE
ENTRE LE QUÉBEC ET LA GRÈCE
ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΕΜΠΕΚ – ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ**

**Demande de prestations
du Régime de rentes du Québec
Αίτηση παροχών
του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ
(Régime de rentes du Québec)**

**Rente de conjoint survivant,
rente d'orphelin et prestation de décès
Συντάξεις επιζώντος συζύγου, ορφανού και επίδομα θανάτου**

IMPORTANT ΠΡΟΣΟΧΗ

Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.

Demande de prestation de décès

La prestation de décès consiste en un paiement unique qui peut être fait à la suite du décès d'un cotisant au Régime. La prestation est versée en priorité à la personne ou à l'organisme de charité qui a payé les frais funéraires à condition que la preuve du paiement (facture acquittée ou reçu de frais payés) soit fournie à la Régie dans les 60 jours suivant le décès.

Après 60 jours, si aucune demande n'a été présentée avec les preuves de paiement des frais funéraires, la prestation de décès peut être payée aux héritiers ou, à défaut, à d'autres personnes.

La personne décédée doit avoir suffisamment cotisé et la demande doit être faite dans les cinq ans suivant la date du décès.

Demande de rente de conjoint survivant

À la suite du décès d'une personne qui a suffisamment cotisé au Régime, la rente de conjoint survivant est versée :

- au conjoint marié s'il n'y a pas eu de séparation légale;
- à la personne qui se qualifie comme conjoint de fait du cotisant décédé si ce dernier n'était pas marié ou s'il était séparé légalement;
- au conjoint séparé légalement sous certaines conditions.

Si vous êtes conjoint de fait, vous pouvez être reconnu comme conjoint survivant si vous avez habité avec le cotisant décédé au moins durant les trois années précédant le décès. Si un enfant est né ou à naître de votre union ou si vous avez adopté un enfant, une seule année de cohabitation suffit. La Régie reconnaît aussi les personnes de même sexe vivant maritalement comme des conjoints de fait.

Demande de rente d'orphelin

(enfant de moins de 18 ans à la date du décès)

La rente d'orphelin est versée chaque mois et son montant est fixe. Elle est payable à la personne qui subvient aux besoins d'un enfant de la personne décédée si l'enfant avait moins de 18 ans à la date du décès.

On entend par "enfant de la personne décédée" :

- l'enfant de la personne décédée, qui habitait ou non avec elle;
- le beau-fils ou la belle-fille qui habitait avec la personne décédée;
- tout autre enfant qui habitait avec la personne décédée ou dont celle-ci assurait la subsistance.

Le paiement de la rente d'orphelin prend fin aux 18 ans de l'enfant.

Καμία παροχή δεν καταβάλλεται σε άτομο που εγκατέλειψε οριστικά τον Καναδά πριν από το 1966.

Αίτηση για επίδομα θανάτου

Το επίδομα θανάτου συνίσταται σε μια εφάπαξ παροχή που δύναται να καταβληθεί για το θάνατο ενός ασφαλισμένου. Το επίδομα καταβάλλεται κατά προτεραιότητα στο άτομο ή στο φιλανθρωπικό οργανισμό που πλήρωσε τα έξοδα κηδείας, υπό τον όρο να προσκομιστεί το αποδεικτικό στοιχείο (εξωφλημένη απόδειξη πληρωμής των εξόδων) μέσα σε 60 μέρες από την ημέρα του θανάτου.

Κατόπιν 60 ημερών, αν δεν έχει καταβληθεί αίτηση με τα αποδεικτικά πληρωμής των εξόδων κηδείας, η παροχή θανάτου μπορεί να καταβληθεί στους κληρονόμους ή, ελλείψει αυτών, σε άλλα πρόσωπα.

Ο αποθανών οφείλει να έχει συμβάλει επαρκώς και η αίτηση θα πρέπει να γίνει μέσα σε πέντε μέρες από την ημερομηνία του θανάτου.

Αίτηση για σύνταξη επιζώντος συζύγου

Μετά το θάνατο ενός ασφαλισμένου που έχει επαρκώς συμβάλει στο Σύστημα, η σύνταξη επιζώντος συζύγου καταβάλλεται:

- στον παντρεμένο σύζυγο εφόσον δεν είχε προηγηθεί νόμιμος χωρισμός,
- στο άτομο που προσδιορίζεται ως σύζυγος ελεύθερης συμβίωσης του αποθανόντος ασφαλισμένου εφόσον αυτός δεν ήταν παντρεμένος ή εφόσον ήταν χωρισμένος με το νόμο,
- στο νόμιμα χωρισμένο σύζυγο υπό ορισμένες συνθήκες.

Εάν είστε σύζυγος ελεύθερης συμβίωσης, μπορείτε να θεωρηθείτε ως επιζών σύζυγος εφόσον είχατε κατοικήσει μαζί με τον αποθανόντα ασφαλισμένο τα τρία τουλάχιστον τελευταία χρόνια πριν το θάνατό του. Εάν γεννήθηκε ή πρόκειται να γεννηθεί ένα παιδί από το δεσμό σας ή εάν είχατε υιοθετήσει ένα παιδί, τότε αρκεί μόνο ένας χρόνος συγκατοίκησης. Το Ταμείο αναγνωρίζει επίσης τα έγγαμα ζευγάρια του αυτού φύλου ως συζύγους ελεύθερης συμβίωσης.

Αίτηση για σύνταξη ορφανού

(τέκνο κάτω των 18 ετών την ημερομηνία του θανάτου)

Η σύνταξη ορφανού καταβάλλεται μηνιαίως και το ποσό της είναι σταθερό. Αν κατά την ημερομηνία θανάτου ένα τέκνο του θανόντα ήταν κάτω των 18 ετών, η σύνταξη καταβάλλεται στο άτομο που αναλαμβάνει την κάλυψη των αναγκών του. Ως "τέκνο του θανόντα" εννοείται:

- το τέκνο του θανόντος, είτε κατοικούσε μαζί του είτε όχι
- ο γαμπρός ή η νύφη που κατοικούσαν με τον θανόντα
- οποιοδήποτε άλλο τέκνο που κατοικούσε με τον θανόντα ή για το οποίο ο θανών είχε αναλάβει τη συντήρηση.

Η καταβολή της σύνταξης ορφανού λήγει με τη συμπλήρωση του 18^{ου} έτους του τέκνου.

IMPORTANT (Suite) **ΠΡΟΣΟΧΗ (Συνέχεια)**

Paiement des rentes

Veuillez noter que les rentes sont :

- payables à la fin du mois à partir duquel vous y avez droit. Par exemple, si vous y avez droit à partir d'avril, le paiement sera fait à la fin d'avril;
- augmentées, en janvier de chaque année, en fonction du coût de la vie;
- imposables.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. 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.

Καταβολή επιδόματος

Πρέπει να γνωρίζετε ότι το συνταξιοδοτικό επίδομα :

- καταβάλλεται στο τέλος του πρώτου μήνα από τον οποίο δικαιούστε το επίδομα. Έτσι, αν το δικαίωμά σας ισχύει από τον Απρίλιο, η καταβολή θα πραγματοποιηθεί τέλος Απριλίου
- αυξάνεται κάθε Ιανουάριο, βάσει του κόστους ζωής
- φορολογείται.

Πρόσβαση στα έγγραφα των δημόσιων οργανισμών και προστασία προσωπικών δεδομένων

Τα προσωπικά δεδομένα που περισυλλέγονται μέσω αυτού του εντύπου είναι απαραίτητα για την έγκυρη μελέτη της αίτησής σας. Η μη παροχή τους μπορεί να αποτελέσει αιτία καθυστέρησης ή απόρριψης της επεξεργασίας της. Μόνο τα εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού μας έχουν πρόσβαση σε αυτά. Τα δεδομένα αυτά διαβιβάζονται σε άλλα πρόσωπα ή οργανισμούς για την επαλήθευσή τους, και αυτό μόνο στις περιπτώσεις που προβλέπει ο νόμος. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια έρευνας, αξιολόγησης, εξέτασης ή σφυγμομέτρησης. Χάρη στον νόμο περί πρόσβασης στα έγγραφα των δημόσιων οργανισμών και περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, έχετε τη δυνατότητα να συμβουλευτείτε τα προσωπικά σας δεδομένα και να ζητήσετε τη διόρθωσή τους.

**DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU
DE L'ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE QUÉBEC ET LA GRÈCE
ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΕΜΠΕΚ (RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC)
ΔΥΝΑΜΕΙ ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΚΕΜΠΕΚ-ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Note : Cette demande doit être remplie par la personne qui réclame la ou les prestations de survivants. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

Σημείωση: Αυτή η αίτηση πρέπει να συμπληρωθεί από το άτομο που ζητά την παροχή ή τις παροχές επιζώντων (θανάτου). Ο όρος «συνεισφέρων» υποδηλώνει το άτομο που κατέβαλε εισφορές στο Συνταξιοδοτικό σύστημα του Κεμπέκ (Régime de rentes du Québec).

Veillez écrire en lettres détachées. / Παρακαλούμε να γράψετε με κεφαλαία γράμματα.

**Partie
Μέρος**

A

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ**

Inscrire le numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του ασφαλισμένου στον Καναδά

1	Langue de correspondance souhaitée Γλώσσα αλληλογραφίας <input type="checkbox"/> Français / Γαλλικά <input type="checkbox"/> Anglais / Αγγλικά	Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada. Σημειώστε την τελευταία επαρχία κατοικίας του ασφαλισμένου στον Καναδά.		
	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία άφιξης στον Καναδά	année / Έτος	mois / Μήνας	jour / Ημέρα
2	Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F / Θ <input type="checkbox"/> M / Α	Nom de famille du cotisant Επώνυμο του συνεισφέροντος	Prénom Μικρό όνομα	
	Nom de famille à la naissance si différent Επώνυμο κατά τη γέννηση (εάν ήταν διαφορετικό)	Prénom à la naissance si différent Μικρό όνομα κατά τη γέννηση, εάν ήταν διαφορετικό		
3	Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του ασφαλισμένου στον Καναδά	Prénom du père Μικρό όνομα του πατέρα		
	Prénom de la mère Μικρό όνομα της μητέρας	Nom de la mère à la naissance Γένος της μητέρας		
4	Numéro de sécurité sociale en Grèce Αριθμός εθνικής ασφάλισης στην Ελλάδα			
5	Adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)			
	Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα	Code postal Ταχυδρομικός τομέας
	Téléphone Τηλέφωνο	Au domicile Οικίας	Autre Άλλο	Poste Θέση
6	Date de naissance (année, mois, jour) Ημερομηνία γέννησης (Έτος, Μήνας, Ημέρα)	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (Πόλη, Επαρχία/Νομός, Χώρα)		
7	État matrimonial Νομική υπόσταση του ασφαλισμένου <input type="checkbox"/> Célibataire / Ανύπαντρος <input type="checkbox"/> Marié depuis / Έγγαμος <input type="checkbox"/> Veuf depuis / Χήρος ή χήρα <input type="checkbox"/> Divorcé depuis / Διαζευγμένος-η <input type="checkbox"/> Séparé légalement depuis / Χωρισμένος σύμφωνα με το νόμο			
	année / Έτος	mois / Μήνας	année / Έτος	mois / Μήνας
8	Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada? (Ne pas tenir compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada) Ο ασφαλισμένος λαμβάνει, έλαβε ή έχει ζητήσει παροχές δυνάμει του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ ή εκείνου του Καναδά (Régime de pensions du Canada)? (Δε λαμβάνεται υπόψη η γεροντική σύνταξη του Καναδά – Sécurité de la vieillesse du Canada) <input type="checkbox"/> Oui / Ναι <input type="checkbox"/> Non / Όχι			
	Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada : Αν ναι, γράψτε με ποιον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά.			

--	--	--

9 Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et la Grèce?
Ο ασφαλισμένος έχει συμμετάσχει σε κάποιο Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης άλλης χώρας εκτός του Καναδά και της Ελλάδας;

Oui. Remplissez ce qui suit.
Ναι. Συμπληρώστε τα κάτωθι.

Non. Passez à la section 10.
Όχι. Πηγαίνετε στην ερώτηση 10.

1^{er} pays :
1^η χώρα; _____

Numéro de sécurité sociale dans ce pays :
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης σ'αυτή τη χώρα; _____

2^e pays :
2^η χώρα; _____

Numéro de sécurité sociale dans ce pays :
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης σ'αυτή τη χώρα; _____

Nom de la caisse de retraite
Όνομα του συνταξιοδοτικού ταμείου _____

10 Certaines conditions peuvent aider une personne à devenir admissible à une rente ou à faire augmenter son montant :
Ορισμένες συνθήκες μπορούν να βοηθήσουν κάποιον ν'αποκτήσει δικαίωμα σύνταξης ή να αυξήσει το ποσό της :

• si le cotisant a reçu des prestations familiales pour un enfant (Soutien aux enfants, allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants);
• αν ο καταβάλλων εισφορά εισέπραξε οικογενειακές παροχές για ένα τέκνο (Στήριξη τέκνων, οικογενειακό επίδομα του Κεμπέκ ή επίδομα φόρου τέκνων)

• si le cotisant était admissible à des prestations familiales, mais qu'il n'en a pas reçu en raison d'un revenu familial trop élevé.
• αν ο καταβάλλων εισφορά ήταν δικαιούχος οικογενειακού επιδόματος, αλλά δεν το εισέπραξε λόγω υπερβολικά υψηλού οικογενειακού εισοδήματος.

A. Le cotisant a-t-il eu ou pris en charge des enfants nés après le 31 décembre 1958?
Ο καταβάλλων εισφορά είχε ή ανέλαβε την ευθύνη τέκνων που γεννήθηκαν μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958;

Oui. Passez à la question B.
Ναι. Περσάτε στην ερώτηση B.

Non. Passez à la prochaine partie.
Όχι. Περσάτε στο επόμενο μέρος.

B. Le cotisant a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou, s'il n'en a pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)
Ο καταβάλλων εισφορά εισέπραξε ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ οικογενειακό επίδομα για ένα τέκνο γεννημένο μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958 ή, αν δεν το εισέπραξε, αυτό οφειλόταν σε υπερβολικά υψηλό οικογενειακό εισόδημα; (Αυτές οι παροχές καταβάλλονται συνήθως στη μητέρα.)

Oui. Remplissez le tableau ci-dessous.
Ναι. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα.

Non. Passez à la prochaine partie.
Όχι. Περσάτε στο επόμενο μέρος.

Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958
Πληροφορίες για τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958

1^{er}	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση		Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού		Date de naissance Ημερομηνία γέννησης année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα	
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης (αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) année / Έτος mois / Μήνας	
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		
2^e	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση		Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού		Date de naissance Ημερομηνία γέννησης année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα	
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης (αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) année / Έτος mois / Μήνας	
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		
3^e	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση		Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού		Date de naissance Ημερομηνία γέννησης année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα	
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης (αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) année / Έτος mois / Μήνας	
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		

C. De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales à son nom?
Από τη γέννηση καθενός από τα παιδιά έως τα 7 χρόνια του, υπήρξαν περιοδοί όπου ο ασφαλισμένος δεν ελάμβανε οικογενειακές παροχές στο όνομά του;

Oui
Ναι

Non
Όχι

D. Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec le cotisant au Canada?
Από την ημερομηνία γέννησης ή άφιξής του στον Καναδά μέχρι και το 7^ο έτος του, κάθε παιδί κατοικούσε πάντα με τον καταβάλλοντα εισφορά στον Καναδά;

Oui
Ναι

Non
Όχι

Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 12.
Εάν ο χώρος δεν επαρκεί, προσθέστε τις σημειώσεις σας στην σελίδα 12.

--	--	--

Partie
Μέρος

B

**DEMANDE DE PRESTATIONS DE SURVIVANTS
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ**

**Renseignements sur la personne décédée
Πληροφορίες σχετικές με τον αποθανόντα**

A. Date du décès :

Année	Mois	Jour
Έτος	Μήνας	Μέρα

Ημερομηνία θανάτου :

B. Lieu du décès : _____
Τόπος θανάτου : _____
(ville, province ou État, pays / Πόλη, Επαρχία/Νομός, Χώρα)

La Régie pourrait exiger une preuve de décès. / Η Régie [Ασφαλιστικός φορέας] μπορεί να απαιτήσει αποδεικτικό θανάτου.

**Demande de prestation de décès
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ**

1 Indiquez à quel titre vous demandez la prestation de décès. **Ne cochez qu'un choix.**
Με ποια ιδιότητα ζητάτε το επίδομα θανάτου. **Σημειώστε μία μόνο επιλογή.**

Dans le cas où on demande la prestation à titre de personne ou d'organisme de charité qui a payé les frais funéraires, le chèque est fait au nom de la personne ou de l'organisme en question. Dans les autres cas, le chèque est généralement fait à l'ordre de « Héritiers de ».
Σε περίπτωση που η παροχή ζητείται από φιλανθρωπικό πρόσωπο ή οργανισμό που κατέβαλε τα έξοδα κηδείας, η επιταγή εκδίδεται στο όνομα του εν λόγω προσώπου ή οργανισμού. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, η επιταγή εκδίδεται συνήθως υπέρ των «Κληρονόμων του».

Personne qui a payé les frais funéraires
Ως άτομο που κατέβαλε τα έξοδα κηδείας

Apportez les précisions suivantes et veuillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies à votre nom.

Σας παρακαλούμε να παράσχετε τις παρακάτω πληροφορίες και να υποβάλετε εντός 60 ημερών από την ημερομηνία θανάτου τα ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (πληρωμένα τιμολόγια ή διπλότυπα είσπραξης) που εκδόθηκαν στο όνομά σας.

Êtes-vous un héritier? Oui Non
Είστε κληρονόμος; Ναι Όχι

Avez-vous renoncé à la succession? Oui Non
Έχετε αποποιηθεί την κληρονομιά; Ναι Όχι

Quel était votre lien avec la personne décédée?
Τι δεσμό έχετε με τον αποθανόντα; _____

**Passez à la section 2.
Πηγαίνετε στην ερώτηση 2.**

Héritier
Ως κληρονόμος

**Apportez les précisions suivantes :
Διευκρινήστε τα ακόλουθα:**

Avez-vous renoncé à la succession? Oui Non
Έχετε αποποιηθεί την κληρονομιά; Ναι Όχι

Quel était votre lien avec la personne décédée?
Τι δεσμό έχετε με τον αποθανόντα; _____

**Passez à la section 2.
Πηγαίνετε στην ερώτηση 2.**

Liquidateur de la succession (exécuteur testamentaire nommé dans le testament ou, à défaut de testament, personne nommée par les héritiers)
Ως εκκαθαριστής της κληρονομικής περιουσίας (εκτελεστής της διαθήκης ορισμένος μέσα στη διαθήκη ή, ελλείψει διαθήκης, ορισμένος από τους κληρονόμους)

**Passez à la section 2.
Πηγαίνετε στην ερώτηση 2.**

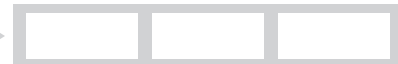
Professionnel mandaté pour régler la succession
Ως κατ'επάγγελμα εξουσιοδοτημένος για τη διευθέτηση της κληρονομικής περιουσίας

**Passez à la section 3.
Πηγαίνετε στην ερώτηση 3.**

Organisme de charité reconnu qui a payé les frais funéraires
Ως αναγνωρισμένος φιλανθρωπικός οργανισμός που πλήρωσε τα έξοδα κηδείας

**Veuillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies au nom de l'organisme.
Σας παρακαλούμε να υποβάλετε, εντός 60 ημερών από την ημερομηνία θανάτου, τα ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (πληρωμένα τιμολόγια ή διπλότυπα είσπραξης) που εκδόθηκαν στο όνομα του οργανισμού.**

**Passez à la section 3.
Πηγαίνετε στην ερώτηση 3.**



Demande de prestation de décès (Suite)
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Συνέχεια)

2 Renseignements sur l'identité du requérant
Πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα του αιτούντος: συμπληρώστε τα ακόλουθα

Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	Nom à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom Μικρό όνομα	
	Nom de famille à la naissance si différent Επώνυμο κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει	Prénom à la naissance si différent Μικρό όνομα κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει	
Date de naissance Ημερομηνία γέννησης	Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
VOTRE Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (Ο ΔΙΚΟΣ ΣΑΣ)			
Adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)			
Ville Δήμος	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα	Code postal Ταχυδρομικός τομέας
Téléphone Τηλέφωνο Au domicile Οικίας	Autre Άλλο		Poste Θέση
Langue de correspondance souhaitée : Γλώσσα αλληλογραφίας			
<input type="checkbox"/> Français Γαλλικά			
<input type="checkbox"/> Anglais Αγγλικά			

N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.
Βεβαιωθείτε ότι συμπληρώσατε και υπογράψατε το τμήμα Γ.

3 Remplissez cette section seulement si vous faites la demande à titre de professionnel mandaté ou de représentant de l'organisme de charité.
Συμπληρώστε αυτό το τμήμα μόνον εφόσον υποβάλλετε την αίτηση ως εξουσιοδοτημένος αρμόδιος ή ως εκπρόσωπος του φιλανθρωπικού οργανισμού.

Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	Nom de famille Επίθετο του αρμόδιου ή του εκπροσώπου	Prénom Μικρό όνομα	
	Profession (s'il y a lieu) Επάγγελμα (αν κρίνεται αναγκαίο)		
Nom de l'organisme (s'il y a lieu) Επωνυμία οργανισμού (αν κρίνεται αναγκαίο)	Numéro d'enregistrement de l'organisme (s'il y a lieu) Αρ. Μητρώου του οργανισμού (αν κρίνεται αναγκαίο)		
Adresse du professionnel ou de l'organisme (numéro, rue, bureau, case postale) Διεύθυνση του αρμόδιου ή του οργανισμού (αριθμός, οδός, γραφείο, ταχυδρομική θυρίδα)			
Ville Δήμος	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα	Code postal Ταχυδρομικός τομέας
Téléphone Τηλέφωνο Au domicile Οικίας	Autre Άλλο		Poste Θέση
Langue de correspondance souhaitée : Γλώσσα αλληλογραφίας			
<input type="checkbox"/> Français Γαλλικά			
<input type="checkbox"/> Anglais Αγγλικά			

N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.
Βεβαιωθείτε ότι συμπληρώσατε και υπογράψατε το τμήμα Γ.

--	--	--

Demande de rente de conjoint survivant ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ			Si applicable Αν ισχύει
1	Renseignements sur l'identité du conjoint de la personne décédée Πληροφορίες για την ταυτότητα του (της) συζύγου του θανόντος ατόμου.		
Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Θ <input type="checkbox"/> Α	Nom de famille Επώνυμο που χρησιμοποιεί τώρα	Prénom Μικρό όνομα	
2	Nom de famille à la naissance si différent Επώνυμο κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει	Prénom à la naissance si différent Μικρό όνομα κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει	
	VOTRE numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (Ο ΔΙΚΟΣ ΣΑΣ)	Prénom de votre père Μικρό όνομα του πατέρα σας	
3	Prénom de votre mère Μικρό όνομα της μητέρας σας	Nom de votre mère à la naissance Το γένος της μητέρας	
Adresse de votre domicile permanent au moment du décès de votre conjoint (numéro, rue, appartement, case postale) Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας σας όταν πέθανε ο/η σύζυγός σας (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)			
	Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα
Adresse actuelle si elle est différente de celle qui est indiquée ci-dessus (numéro, rue, appartement, case postale) Τωρινή διεύθυνση, εάν διαφέρει από την παραπάνω (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)			
	Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα
4	Téléphone Τηλέφωνο		
	Au domicile Οικίας	Autre Άλλο	Poste Θέση
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης Année Έτος Mois Μήνας Jour Ημέρα	Lieu de naissance Τόπος γέννησης	Ville Πόλη
	Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα
5	Langue de correspondance souhaitée : Γλώσσα αλληλογραφίας :		
	<input type="checkbox"/> Français Γαλλικά		
	<input type="checkbox"/> Anglais Αγγλικά		
Au moment du décès, quel était votre lien avec la personne décédée? Τι δεσμό είχατε με τον θανόντα όταν πέθανε;			
Si le mariage a eu lieu à l'extérieur du Québec, la Régie pourrait exiger une preuve de mariage délivrée par les autorités civiles. Αν ο γάμος τελέσθη εκτός του Κεμπέκ, η Régie [Ασφαλιστικός φορέας] μπορεί να απαιτήσει την υποβολή πιστοποιητικού γάμου εκδομένου από την πολιτική αρχή.			
	<input type="checkbox"/> Nous étions mariés depuis le Ήμασταν παντρεμένοι από τις	Année Έτος Mois Μήνας Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Nous étions conjoints de fait depuis le Ήμασταν χωρισμένοι δυνάμει του νόμου από τις
	<input type="checkbox"/> Nous étions séparés légalement depuis le Ήμασταν διαζευγμένοι από τις	Année Έτος Mois Μήνας Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Nous avons repris la vie commune depuis le Είχαμε αρχίσει να ζαναζούμε μαζί από τις
	<input type="checkbox"/> Nous étions divorcés depuis le Ήμασταν χωρισμένοι με κοινή συμφωνία από τις	Année Έτος Mois Μήνας Jour Μέρα	Année Έτος Mois Μήνας Jour Μέρα
	Lieu du mariage Τόπος του γάμου	Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός
	Pays Χώρα		
Avez-vous ou attendez-vous un enfant de la personne décédée? Έχετε ή περιμένετε παιδί του θανόντος;		<input type="checkbox"/> Oui Ναι	
		<input type="checkbox"/> Non Όχι	
		L'un de vous a-t-il adopté un enfant de l'autre ou avez-vous adopté un enfant ensemble? Μήπως υιοθετήσατε ο ένας το παιδί του άλλου ή μήπως υιοθετήσατε κάποιο παιδί μαζί;	
		<input type="checkbox"/> Oui Ναι	
		<input type="checkbox"/> Non Όχι	

--	--	--

Demande de rente de conjoint survivant (Suite)
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ (Συνέχεια)

6 6.1 À la date du décès de votre conjoint :
 Τη μέρα του θανάτου του συζύγου σας:

- A.** Étiez-vous invalide?
 Ήσασταν ανάπηρος; Oui / Ναι Non / Όχι
- B.** Avez-vous un enfant invalide à votre charge?
 Είχατε υπό τις φροντίδες σας κάποιο ανάπηρο παιδί; Oui / Ναι Non / Όχι
- C.** Avez-vous un enfant de moins de 18 ans à votre charge?
 Είχατε υπό τις φροντίδες σας ένα παιδί κάτω των 18 χρονών; Oui / Ναι Non / Όχι

6.2 Depuis le décès de votre conjoint :
 Από το θάνατο του συζύγου σας και μετά:

- A.** Êtes-vous devenu invalide?
 Σας συνέβη κάποια αναπηρία; Oui / Ναι Non / Όχι
- B.** Avez-vous pris un enfant invalide à votre charge?
 Πήρατε υπό τις φροντίδες σας κάποιο ανάπηρο παιδί; Oui / Ναι Non / Όχι
- C.** Avez-vous pris un enfant de moins de 18 ans à votre charge?
 Πήρατε υπό τις φροντίδες σας κάποιο παιδί κάτω των 18; Oui / Ναι Non / Όχι

7 Recevez-vous une rente du Régime de pensions du Canada? (Ne tenez pas compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse.)
 Λαμβάνετε κάποια σύνταξη Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Καναδά; (Δε λαμβάνεται υπόψη η γεροντική σύνταξη του Καναδά – Sécurité de la vieillesse du Canada)

- Non / Όχι Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant :
 Ναι, με τον εξής αριθμό κοινωνικής ασφάλισης:

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



**Demande de rente d'orphelin
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΟΡΦΑΝΟΥ**

**Si applicable
Αν ισχύει**

1 La rente d'orphelin est versée chaque mois et son montant est fixe. Elle est payable à la personne qui subvient aux besoins d'un enfant de la personne décédée si l'enfant avait moins de 18 ans à la date du décès. On entend par "enfant de la personne décédée" :
Η σύνταξη ορφανού καταβάλλεται μηνιαίως και το ποσό της είναι σταθερό. Αν κατά την ημερομηνία θανάτου ένα τέκνο του θανόντα ήταν κάτω των 18 ετών, η σύνταξη καταβάλλεται στο άτομο που αναλαμβάνει την κάλυψη των αναγκών του. Ως τέκνο του θανόντα εννοείται:

- l'enfant de la personne décédée, qui habitait ou non avec elle;
το παιδί του θανόντος, έστω κι αν δεν έμεινε μαζί του;
- le beau-fils ou la belle-fille qui habitait avec la personne décédée;
ο γαμπρός ή η νύφη που κατοικούσε με τον θανόντα
- tout autre enfant qui habitait avec la personne décédée ou dont celle-ci assurait la subsistance.
όποιο άλλο τέκνο κατοικούσε με τον θανόντα ή του οποίου ο τελευταίος είχε αναλάβει τη συντήρηση.

La personne décédée avait-elle des enfants qui répondaient à ces conditions?

Ο θανών είχε παιδιά που ανταποκρίνονται σ'αυτές τις προϋποθέσεις;

Oui. Remplissez ce qui suit.

Ναι. Συμπληρώστε τα ακόλουθα.

Non. Passez à la partie C.

Όχι. Πηγαίνετε στο μέρος Γ.

2 Remplissez le tableau ci-dessous pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'orphelin.
Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα για καθένα από τα παιδιά για τα οποία ζητάτε σύνταξη ορφανού.

**Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.
Αν το τέκνο γεννήθηκε εκτός του Κεμπέκ, σας παρακαλούμε να παράσχετε πιστοποιητικό γεννήσεως εκδομένο από την πολιτική αρχή.**

1 Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση				Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης		Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	
Adresse au moment du décès Διεύθυνση την ώρα του θανάτου				Adresse actuelle Τωρινή διεύθυνση			
Lieu de naissance Τόπος γέννησης		Ville Δήμος		Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας			Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα		Prénom Μικρό όνομα
2 Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση				Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης		Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	
Adresse au moment du décès Διεύθυνση την ώρα του θανάτου				Adresse actuelle Τωρινή διεύθυνση			
Lieu de naissance Τόπος γέννησης		Ville Δήμος		Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας			Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα		Prénom Μικρό όνομα
3 Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση				Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης		Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	
Adresse au moment du décès Διεύθυνση την ώρα του θανάτου				Adresse actuelle Τωρινή διεύθυνση			
Lieu de naissance Τόπος γέννησης		Ville Δήμος		Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας			Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα		Prénom Μικρό όνομα

Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 12.

Εάν ο χώρος δεν επαρκεί, προσθέστε τις σημειώσεις σας στην σελίδα 12.

Parmi les enfants que vous avez désignés plus haut, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Ανάμεσα στα παιδιά που υποδείξατε παραπάνω, μήπως υπάρχει κανένα που παίρνει ήδη σύνταξη ορφανού ή σύνταξη τέκνου ανάπηρου ατόμου του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ ή του Καναδά;

Non
Όχι

Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant :
Ναι, με τον εξής αριθμό κοινωνικής ασφάλισης:

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

--	--	--

Demande de rente d'orphelin (Suite)
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΟΡΦΑΝΟΥ (Συνέχεια)

Renseignements sur l'identité de la personne qui a la charge de ces enfants et à qui doit être versée la rente d'orphelin
 Προσδιορίστε το άτομο που φέρει το βάρος των δαπανών συντήρησης των τέκνων αυτών και στο οποίο πρέπει να καταβληθεί η σύνταξη ορφανού

Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	Nom de famille Επώνυμο				Prénom Όνομα				
	Nom de famille à la naissance si différent Επώνυμο κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει				Prénom à la naissance si différent Όνομα κατά τη γέννηση, εάν διαφέρει				
Date de naissance Ημερομηνία γέννησης		Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale (si vous en avez un) Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (εάν υπάρχει)				
Adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)									
Ville Πόλη		Province ou État Επαρχία/Νομός			Pays Χώρα		Code postal Ταχυδρομικός τομέας		
Téléphone Τηλέφωνο				Autre Άλλο		Poste Θέση			
Langue de correspondance souhaitée : Γλώσσα αλληλογραφίας									
<input type="checkbox"/> Français Γαλλικά				<input type="checkbox"/> Anglais Αγγλικά					

N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.
Βεβαιωθείτε ότι συμπληρώσατε και υπογράψατε το τμήμα Γ.

--	--	--

Autres renseignements

ΆΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Utilisez cet espace au besoin. Indiquez le numéro de chaque question dont vous complétez la réponse ici.
Χρησιμοποιείτε αυτόν εδώ το χώρο, εάν θέλετε να προσθέσετε κάτι. Να σημειώνετε τον αριθμό της κάθε ερώτησης στην οποία αναφέρεστε.

--	--	--

Partie
Μέρος

C
Γ

DECLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE
ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

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 cette demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ, δυνάμει του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ (Régime de rentes du Québec), να μου χορηγηθούν οι παραπάνω αναφερόμενες παροχές. Δηλώνω ότι, απ'όσα γνωρίζω, οι παρεχόμενες πληροφορίες είναι αληθείς και πλήρεις και δεσμεύομαι να ενημερώνω το Συνταξιοδοτικό Ταμείο του Κεμπέκ (Régie des rentes du Québec) για κάθε αλλαγή που θα επηρέαζε το δικαίωμα αυτών των παροχών.

Signature :
Υπογραφή : _____

Date :
Ημερομηνία :

Année		Éτος		Mois		Μήνας		Jour		Μέρα

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.
Εάν η παρούσα αίτηση δεν υπογράφεται από το άτομο στο οποίο θα καταβληθούν οι παροχές, παρακαλούμε να αναφέρετε με ποια ιδιότητα την υπογράφετε.

Titre :
Ιδιότητα : _____

Nom et prénom :
Επώνυμο και όνομα : _____

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) :
Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα, πόλη, επαρχία ή νομός, χώρα, ταχυδρομικός ταμείας) : _____

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un) :
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης Καναδά (εάν υπάρχει) : _____

Langue de correspondance souhaitée :
Γλώσσα αλληλογραφίας : Français Γαλλικά Anglais Αγγλικά

Téléphone :
Τηλέφωνο :
Au domicile Οικίας _____ Autre Άλλο _____ Poste Θέση _____

Autorisation de divulguer la décision
Εξουσιοδότηση για γνωστοποίηση της απόφασης

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la demande, le montant de la rente et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison de la Grèce.

Επιτρέπω στο Συνταξιοδοτικό Ταμείο του Κεμπέκ να διαβιβάσει στον αρμόδιο φορέα ή στη συμβαλλόμενη αρχή της Ελλάδας τις πληροφορίες αναφορικά με την **απόφασή** του, δηλαδή εάν η αίτηση έγινε αποδεκτή ή απορρίφθηκε, το ποσό της σύνταξης και την ημερομηνία έναρξης της συνταξιοδότησης.

Signature :
Υπογραφή : _____

Date :
Ημερομηνία :

Année		Éτος		Mois		Μήνας		Jour		Μέρα

--	--	--

Partie
Μέρους

D
Δ

PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DE LA GRÈCE
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΜΟΔΙΟ ΦΟΡΕΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Date de présentation de la demande
 Ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Renseignements sur le cotisant / Πληροφορίες σχετικά με τον ασφαλισμένο

Nom du cotisant
 Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου

Date de naissance
 Ημερομηνία γέννησης

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date du décès
 Ημερομηνία θανάτου

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date du mariage
 Ημερομηνία γάμου

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date du divorce
 Ημερομηνία διαζυγίου

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date de la séparation légale
 Ημερομηνία νόμιμου χωρισμού

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Renseignements sur le conjoint survivant / Πληροφορίες σχετικά με τον επιζώντα σύζυγο

Nom du conjoint survivant
 Ονοματεπώνυμο επιζώντος συζύγου

Date de naissance
 Ημερομηνία γέννησης

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Renseignements sur les enfants - Date de naissance / Πληροφορίες σχετικά με τα τέκνα – Ημερομηνία γέννησης

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

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

Πιστοποιώ ότι τα στοιχεία σχετικά με την ταυτότητα και τη νομική υπόσταση που αναφέρονται στο παρόν έντυπο έχουν εξαχθεί από πρωτότυπα έγγραφα που κατέθεσε ο αιτών.

Nom de l'organisme
 Ονομασία του οργανισμού

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Date
 Ημερομηνία

Signature
 Υπογραφή

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé
 Όνομα, επώνυμο και τίτλος του εξουσιοδοτημένου υπαλλήλου

Sceau
Θέση σφραγίδας