



DÉCLARATION SOLENNELLE D'UNION DE FAIT (deux (2) signataires)

Numéro d'assurance sociale

SECTION A - LE DEMANDEUR DOIT REMPLIR CETTE SECTION

| | | |
|--|--|---|
| Canada PROVINCE / TERRITOIRE | À savoir : | En matière du <i>Régime de pensions du Canada</i> et de la <i>Loi sur la sécurité de la vieillesse</i> et en matière d'union de fait |
| Je, soussigné | | |
| de (ville, village) | comté de | dans la province / le territoire |
| déclare solennellement que nom du conjoint de fait | | |
| et moi-même habitons _____ année(s) consécutive(s), de _____ à _____ ensemble depuis _____ nombre d'année(s) AAAA-MM-JJ AAAA-MM-JJ | | |
| 1. Y a-t-il des enfants de cette union de fait? (y compris les enfants adoptés ou les enfants d'un des conjoints de fait auquel l'autre a servi de parent) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants : | | |
| Voici, pour chaque enfant, les renseignements qui le concernent. (Si vous n'avez pas assez d'espace, utilisez une feuille séparée.) | | |
| Prénom | Nom de famille légal | Nom de famille utilisé généralement |
| Date de naissance | | |
| 2. Mon conjoint de fait et moi-même : | a) avons signé conjointement un bail d'habitation, une hypothèque ou un accord d'achat pour la résidence dans laquelle nous demeurons. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | b) sommes conjointement propriétaires de biens autres que notre résidence. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| | | c) avons/avons des comptes de banque, de compagnie fiduciaire, de caisse de crédit ou cartes de crédit conjoints. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3A. J'ai une assurance-vie sur moi-même qui désigne mon conjoint de fait comme bénéficiaire. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | 3B. Mon conjoint de fait a une assurance-vie sur lui-même qui me désigne comme bénéficiaire. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| 4. Si aucune des sections susmentionnées ne vous concerne, pouvez-vous fournir une autre preuve documentaire démontrant que vous vivez une relation conjugale de conjoints de fait? | | |

Par la présente, je déclare que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente déclaration sont vrais et complets. Je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise la Loi sur la sécurité de la vieillesse et le Régime de pensions du Canada.

NOTE : Si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et intérêts, le cas échéant, en vertu du *Régime de pensions du Canada* ou de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

| | |
|---|---|
| Votre nom (en lettres moulées) | Votre signature X |
| Nom du conjoint de fait (en lettres moulées) | Signature du conjoint de fait X |
| Est-ce que le formulaire a été rempli et signé par une personne autre que le demandeur? | |
| Si oui, cette personne doit remplir la section ci-dessous et soumettre une preuve qu'elle est autorisée à agir au nom du demandeur. Téléphonnez-nous au 1-800-277-9915 pour savoir quels documents sont exigés. | |
| Nom | Lien avec le demandeur |
| Numéro de téléphone | Date |
| Adresse | Signature X |

SECTION B - CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE COMMISSAIRE AUX SERMENTS

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Déclaré en ma présence _____ comté de _____ , nom de la ville ou du village _____ comté _____ | | |
| dans la province ou le territoire de _____ ce _____ jour de _____ , _____ . province ou territoire _____ jour _____ mois _____ année _____ | | |
| Nom du Commissaire et de l'organisme (en lettres moulées) | Signature du Commissaire X | Numéro d'autorité du Commissaire (le cas échéant) |



Service
Canada

Bureaux de Service Canada

Sécurité de la vieillesse

Envoyer vos formulaires :

Au bureau de Service Canada le plus près de chez vous.

De l'extérieur du Canada : Au bureau de Service Canada de votre **dernière province de résidence**.

Besoin d'aide à remplir les formulaires?

Canada ou États-Unis : **1-800-277-9915**

Tous les autres pays : **613-957-1954** (nous acceptons les frais virés)

ATS : **1-800-255-4786**

Important : Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada
CP 9430 Succursale A
St. John's NL A1A 2Y5
CANADA

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada
CP 8000 Succursale Central
Charlottetown PE C1A 8K1
CANADA

NOUVELLE-ÉCOSSE

Service Canada
CP 1687 Succursale Central
Halifax NS B3J 3J4
CANADA

NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada
CP 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

QUÉBEC

Service Canada
CP 1816 Succursale Terminus
Québec QC G1K 7L5
CANADA

ONTARIO

**Pour les codes postaux commençant par
« L, M ou N »**

Service Canada
CP 5100 Succursale D
Scarborough ON M1R 5C8
CANADA

ONTARIO

**Pour les codes postaux commençant par
« K ou P »**

Service Canada
CP 2013 Succursale Main
Timmins ON P4N 8C8
CANADA

MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada
CP 818 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4
CANADA

ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada
CP 2710 Succursale Main
Edmonton AB T5J 2G4
CANADA

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada
CP 1177 Succursale CSC
Victoria BC V8W 2V2
CANADA

Available in English