

# Canada/France Agreement

## Applying for a French old age pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations  
Service Canada  
P.O. Box 250  
Fredericton NB E3B 4Z6  
CANADA

**Disclaimer:**

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

## Application for an old-age pension to be examined by the French institutions

*Article 18 of the Agreement  
Article 4-2 a) of the Implementing Agreement*

Please complete and sign your application, attach all of your documentary evidence, and submit it to Service Canada, who will forward the complete file to the competent French institution (see instructions). **The form must be completed in capital or block letters. It is 3 pages long; no page may be omitted even if it does not contain any relevant information.**

### 1. INFORMATION ABOUT YOUR APPLICATION

- I am only applying for my French pension
- I am applying for my French pension along with an equivalent Canadian pension

### 2. YOUR PERSONAL INFORMATION

- 2.1 French identification number: .....
- 2.2 Canadian Social Insurance Number: .....
- 2.3 Last name used: .....
- 2.4 First and middle name(s): .....
- 2.5 Last name at birth: .....
- 2.6 Date of birth: .....(D/M/Y)
- 2.7 Place of birth (city / province or department / country) : .....
- 2.8 Sex :  Male  Female
- 2.9 Father's last name, first and middle name(s): .....
- 2.10 Mother's last name, first and middle name(s): .....
- 2.11 Current marital status:  Single
- Married  Domestic partner  Civil union (PACS)
- since ..... (D/M/Y)
- Widowed  Divorced  Separated
- since ..... (D/M/Y)
- 2.12 Address at the time of application: .....
- .....
- 2.13 Telephone: ..... 2.14 Email : .....

### 3. YOUR SPOUSE'S INFORMATION

- 3.1 French identification number: .....
- 3.2 Canadian Social Insurance Number:.....
- 3.3 Last name used: .....
- 3.4 First and middle name(s):.....
- 3.5 Last name at birth:.....
- 3.6 Date of birth: .....(D/M/Y)
- 3.7 Place of birth (city/ province or department / country):.....
- 3.8 Sex :  Male       Female
- 3.9 Father's last name, first and middle name(s): .....
- 3.10 Mother's last name, first and middle name(s): .....
- 3.11 Address at the time of application: .....
- 3.12 Telephone:.....
- 3.13 Email:.....

### 4. INFORMATION ON CHILDREN

4.1 List all children, both yours and those whom you have raised (those of your current or previous spouse(s), any children you have fostered or adopted, and any children who were stillborn or who have died).

Child(ren)'s last name, first and middle name(s)	Date of birth (D/M/Y)	Date of death (if applicable) (D/M/Y)	Relationship	Period during which you raised the child	
				Date of birth or adoption, or date the child became your dependent (D/M/Y)	Date the child ceased to be your dependent, or at the latest, date of the child's 16th birthday (D/M/Y)
				from	to
				from	to
				from	to
				from	to
				from	to

4.2 Have you had one or more disabled child(ren) as your dependent(s)?  yes       no  
If yes, how many ?.....

Are you receiving or have you received a benefit for the above-listed child(ren) in your own right?

yes       no

If yes, please specify which benefit: .....

## 5. INFORMATION ON YOUR PENSION APPLICATION

5.1 On what date would you like to begin receiving your old-age pension?..... (D/M/Y)

5.2 Are you applying on the basis of one of the circumstances listed below?

- Inability to work recognized by a doctor (if so, attach the medical report SE 401-08)
- Disabled worker status (if so, attach documentary evidence)
- Veteran (or equivalent circumstances: prisoner of war, internee, political deportee)
- Female blue-collar worker with 3 children who has performed arduous blue-collar manual work for of the past 15 years
- Long career
- Arduous work

5.3  You are currently in:      salaried      self-employment

You are no longer employed as of ..... (D/M/Y)

5.4 Are you receiving one or more French pensions or annuities (other than a supplementary retirement pension)?

yes     no

5.4.1 If yes, specify type(s) of pension(s) or annuity (annuities):.....

5.4.2 Pension or annuity number(s):.....

5.4.3 Date of award: ..... (D/M/Y)

5.4.4 Institution(s) paying the pensions(s) or annuity (annuities):.....

.....

## 6. YOUR LAST TYPE OF EMPLOYMENT IN FRANCE

Salaried     Self-employment     Agricultural     Other (please specify):.....

## 7. YOUR PREFERRED PAYMENT OPTION

7.1  Bank account (please attach a banking information slip with your IBAN and BIC/SWIFT codes, or otherwise, a document from your bank that shows your account information such as a void cheque)

7.2  Other payment option:.....

I hereby certify that the information I have provided is accurate and agree to comply with any verification procedures I further agree to notify you of any changes in circumstances. <sup>(1)</sup>

Completed at..... on ..... (D/M/Y)

Signature:.....

<sup>(1)</sup> Under French law, committing fraud or providing false information is punishable by a fine and/or imprisonment (art. 313-1 to 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 and 441-7 of the French penal code).

**Notice pour vous aider à  
remplir une demande de pension  
de vieillesse du régime français  
en vertu de  
l'Accord franco-canadien  
(formulaire SE 401-05)**

Vous résidez au Canada et vous souhaitez présenter une demande de pension de vieillesse du régime français de sécurité sociale.

Vous avez la possibilité dans le cadre de l'Accord franco-canadien de demander en même temps vos pensions française et canadienne ou de différer la demande de l'une d'entre elles. Veuillez l'indiquer au cadre 1.

Cette demande permet l'examen de vos droits à pension de vieillesse au regard de tous les régimes de base français. Il est recommandé de déposer la demande de pension de vieillesse six mois avant la date que vous choisissez comme point de départ de la pension (voir cadre 5).

Par contre, elle ne vous permet pas d'obtenir la retraite auprès des régimes complémentaires de retraite des salariés. Pour ce faire, il vous appartient de vous adresser directement à la dernière caisse de retraite complémentaire auprès de laquelle vous avez cotisé si vous n'avez cotisé qu'au régime des non cadres ou aux deux dernières caisses si vous avez cotisé au régime des cadres et au régime des non cadres ou, à défaut, à l'adresse suivante :

Malakoff Médéric – Service étranger BP1  
45805 Saint Jean de Braye Cedex.

Pour plus d'informations vous pouvez consulter le site internet suivant :

<http://www.agirc-arrco.fr/particuliers/demander-retraite/>

Nous attirons votre attention sur les âges différents en France et au Canada pour avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse. La pension d'invalidité en France est versée au plus tard jusqu'à 62 ans, alors que celle versée par le Canada pourra l'être jusqu'à 65 ans.

Aussi entre l'âge auquel vous avez droit à une pension de vieillesse en France et 65 ans, et si vous êtes reconnu inapte au travail, vous devez faire une demande de pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au régime français et une demande de pension d'invalidité au régime canadien. Cette dernière pourra vous être accordée si vous remplissez les conditions d'attribution. Veuillez l'indiquer au cadre 1.

**Instructions to help you  
complete an application for a  
French old-age pension  
under the Agreement  
between France and Canada  
(form SE 401-05)**

You are a resident of Canada applying for an old-age pension from the French social security system.

Under the Agreement between France and Canada, you can apply for your French and Canadian pensions at the same time, or choose to postpone your application for either pension. Please specify this in section 1.

When you submit your application, your entitlement to an old-age pension under all of France's basic schemes will be determined. We recommend that you submit your application for an old-age pension six months prior to the date you wish to begin receiving your pension (please see section 5).

However, you cannot use this application to claim a retirement pension from France's supplementary retirement schemes for salaried workers. To claim this pension, you will need to directly contact the last supplementary retirement fund ("caisse") to which you have paid contributions, if you have only paid into the scheme for non-executive workers ("non cadres"), or to your two last funds ("caisses") if you have paid into both the scheme for executives ("cadres") and the scheme for non-executive workers ("non cadres"). Otherwise, you may write to the following address:

Malakoff Médéric – Service étranger BP1  
45805 Saint Jean de Braye Cedex.

For more information, please refer to the following website:

<http://www.agirc-arrco.fr/particuliers/demander-retraite/> (in French only)

Please be aware that France and Canada have set different ages for entitlement to a disability or an old-age pension. In France, a disability pension can only be paid up to age 62, while the Canadian disability pension can be paid up to age 65.

This means that between the age at which you are entitled to a French old-age pension and age 65, if you have been recognized as unfit for work, you will need to apply for a French old-age pension on the basis of inability to work and for a Canadian disability pension. A Canadian disability pension may be granted if you meet the eligibility requirements. Please specify your choice in section 1.

## Pension de vieillesse : conditions

Pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse, il faut en faire la demande et avoir atteint l'âge légal. L'âge légal de départ à la retraite varie en fonction de l'année de naissance. Il en est de même de l'âge à partir duquel la pension de vieillesse est calculée à taux plein quelle que soit la durée d'assurance (voir tableaux en annexe).

Le montant de la pension de vieillesse dépend de trois éléments :

- le salaire de base,
- le taux ,
- la durée d'assurance.

Le taux plein est fixé à 50%. Peuvent en bénéficier :

- les assurés qui justifient, à l'âge légal, de la durée d'assurance requise en fonction de leur année de naissance et ceux qui demandent leur pension à l'âge fixé en fonction de leur année de naissance (voir tableaux en annexe),
- les assurés reconnus inaptes au travail au titre de la législation française ou titulaires d'une pension d'invalidité française,
- les anciens combattants, prisonniers de guerre, déportés ou internés, sous certaines conditions,
- les mères de 3 enfants ayant exercé un travail manuel ouvrier pénible pendant 5 ans au cours des 15 dernières années,
- les travailleurs handicapés (sous certaines conditions),
- les travailleurs pouvant bénéficier de la retraite pour pénibilité.

Dans les autres cas, le taux est minoré.

Pour plus d'information vous pouvez consulter le site de la CNAV à l'adresse suivante :

<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/salaries>

## Pièces justificatives et circuit administratif

**N'oubliez pas de dater et signer au bas du formulaire.**

**Pièces justificatives à joindre:**

- formulaire SE 401-07 « renseignements sur la carrière de l'assuré(e) » que vous devez également compléter,
- uniquement en cas de demande de pension pour inaptitude au travail, formulaire SE 401-08 « rapport médical » à faire compléter par votre médecin,
- si nécessaire, pièces justificatives de versement d'une allocation pour enfants handicapés et/ou toute pièce justificative de votre situation (travailleur handicapé, ancien combattant ...),
- un relevé d'identité bancaire avec les codes IBAN et BIC/SWIFT ou, à défaut, un document de votre banque attestant des coordonnées de votre compte, tel qu'un chèque annulé,
- une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou un titre de séjour...),
- une pièce d'état civil (copie intégrale d'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation...) seulement si vous n'avez pas de numéro d'identification français,

## Old-age pension: eligibility requirements

To be eligible for an old-age pension, you are required to submit an application and to have reached legal age. Legal retirement age is determined by year of birth. This is also true for the age of entitlement to a full-rate old-age pension regardless of length of insurance (see tables in the appendix).

Old-age pensions are calculated on the basis of three factors:

- Base salary,
- Rate,
- Length of insurance.

The full rate amounts to 50%. The following are eligible:

- Insured persons who, at legal retirement age, have completed the required length of insurance as determined by their year of birth, and those who apply for their pension at the age determined by their year of birth (see tables in the appendix),
- Insured persons who have been recognized as unfit for work under French legislation, or those receiving a French disability pension,
- Veterans, prisoners of war, deportees, or internees, if certain requirements are met,
- Mothers of 3 children who have performed arduous manual blue-collar work for 5 of the past 15 years,
- Those with disabled-worker status (if certain requirements are met),
- Workers eligible for retirement on the basis of arduous work.

If none of the above applies, the pension will be paid at a reduced rate.

For more information, please refer to France's National Old-Age Insurance Fund (CNAV)'s website at the following address:

<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/salaries>

(in French only)

## Supporting documents and how your application will be processed

**Make sure to date and sign the bottom of the form.**

**Supporting documents required:**

- form SE 401-07 "information on the career of the insured," which you will also need to complete,
- only if you are applying for a pension on the basis of inability to work, form SE 401-08 "medical report", to be completed by your doctor,
- if necessary, documentation to support the payment of a benefit for disabled children, and/or any documentary evidence of your circumstances (disabled worker, veteran status, etc.),
- a banking information slip ("RIB") with your IBAN and BIC/SWIFT codes, or otherwise, a document from your bank that shows your account information, such as a void cheque,
- A photocopy of an identity document (identity card, passport, residence permit, etc.),
- A vital record (a complete copy of your birth certificate, extract of birth certificate showing your parents' information, etc.), only if you do not have a French identification number,

- une pièce d'état civil (copie intégrale d'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation) pour tous les enfants que vous, votre conjoint(e) ou précédent (e)(s) conjoint (e) (s) avez eus ou élevés,

Vous devez remettre/adresser cette demande et ces documents à l'adresse suivante:

Opérations internationales  
Service Canada  
PO BOX 250  
Fredericton NB E3B 4Z6  
CANADA

Après avoir vérifié que votre dossier est complet, l'institution canadienne transmettra ces documents à l'institution française compétente.

**Il est possible qu'après examen de votre demande, l'institution française compétente demande des documents ou justificatifs complémentaires nécessaires à son instruction.**

L'institution française pourra vous demander de produire chaque année une «attestation d'existence» aux fins de continuité du paiement de votre pension.

## Cadre 2 – Renseignements vous concernant

### Les numéros d'identification français et d'assurance sociale canadien :

Le numéro d'identification au répertoire (NIR ou numéro de sécurité sociale français) figure sur les documents de sécurité sociale qui vous ont été remis lorsque vous exerchiez votre activité en France. Il est composé de 13 chiffres : le sexe (1 chiffre), l'année de naissance (2 chiffres), le mois de naissance (2 chiffres) et le lieu de naissance (5 chiffres). Les 3 chiffres suivants correspondent à un numéro d'ordre qui permet de distinguer les personnes nées au même endroit et à la même période. Une clé de contrôle à 2 chiffres complète le NIR.

Le numéro d'assurance sociale canadien comporte 9 chiffres.

### Votre identité :

Les renseignements à fournir aux points 2.3 à 2.10 portent sur votre identité. Votre nom à la naissance permettra une identification correcte si votre nom a été changé par suite de mariage, par exemple. Votre nom d'usage doit être indiqué s'il est différent de votre nom à la naissance.

Votre lieu de naissance doit être mentionné en entier : ville, province ou département, pays.

Les noms et prénoms de vos père et mère doivent être mentionnés car ils permettront des vérifications d'état civil en cas d'homonymie.

### Votre situation de famille :

Elle doit être mentionnée de manière précise : mariage, divorce, séparation... ainsi que la date de chacun des événements.

- A vital record (a complete copy of birth certificate, extract of birth certificate showing parents' information, etc.) for all the children you, your spouse or any previous spouse(s) have had or raised,

You will need to submit/send your application, along with these documents, to the following address:

International Operations  
Service Canada  
PO BOX 250  
Fredericton NB E3B 4Z6  
CANADA

After verifying that your application is complete, the Canadian institution will then send these documents to the competent French institution.

**It is possible that after reviewing your application, the competent French institution may need to request additional documents or evidence in order to process it.**

The French institution may ask you to provide a certificate of existence ("attestation d'existence") each year in order to continue the payment of your pension.

## Section 2 – Your personal information

### French identification and Canadian Social Insurance Numbers:

Your "numéro d'identification au répertoire"/ NIR, which is your French social security number, appears on the social security documents you were issued while you were working in France. It is 13 digits long: sex (1<sup>st</sup> digit), year of birth (next 2 digits), month of birth (following 2 digits), and place of birth (next 5 digits). The following 3 digits are a sequence number that is used to distinguish between individuals who were born at the same place and time. An additional two-digit number at the end of the NIR serves as a verification code.

The Canadian Social Insurance Number is 9 digits long.

### Your identifying information:

The information you are asked to provide under subsections 2.3 to 2.10 pertains to your identity. Your last name at birth can be used to correctly identify you if you have taken on a new name, e.g. due to marriage. You will need to provide the last name you use if it is different from your last name at birth.

Your place of birth must be listed in full: city, province or department, and country.

Your father's and mother's last names, first and middle name(s) must be listed as they can be used to distinguish between individuals who have the same name.

### Your marital status:

This must be listed in a precise manner: marriage, divorce, separation, etc., as well as the date of each of these events.



### Cadre 3 – Renseignements concernant votre conjoint

A compléter uniquement si vous êtes marié(e) (et non si vous êtes pacsé(e) ou en concubinage).

### Cadre 4 – Renseignements concernant les enfants

Ces renseignements permettront de calculer une éventuelle majoration de durée d'assurance ainsi qu'une majoration du montant de la pension si vous avez élevé 3 enfants ou plus dans certaines conditions.

En outre, une majoration de trimestres d'assurance peut, le cas échéant, être accordée à l'assuré(e) qui a élevé un ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80% donnant droit à l'une des allocations suivantes : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes, l'allocation des mineurs handicapés.

Si tel est le cas, il convient de le signaler au point 4.2 et joindre les pièces justificatives.

### Cadre 5 – Renseignements concernant votre demande de pension

#### Le point de départ de votre pension de vieillesse :

Vous devez indiquer la date à partir de laquelle vous souhaitez bénéficier de votre pension de vieillesse française au point 5.1.

Cette date est toujours le premier jour d'un mois et ne peut pas être fixée avant :

- celle du dépôt de la demande
- et l'âge minimum auquel vous avez droit à une pension de vieillesse.

L'âge minimum est entre 60 et 62 ans mais cet âge peut être abaissé pour les assuré(e)s ayant débuté leur activité très jeunes et ayant accompli une longue carrière ainsi que pour certains travailleurs handicapés.

#### Autres renseignements :

Si vous êtes dans l'une des situations visées au point 5.2, vous devez le signaler afin que l'institution française puisse déterminer si vous pouvez bénéficier de règles particulières d'accès au taux plein pour le calcul de votre pension de vieillesse.

### Section 3 – Your spouse's information

Complete only if you are married (not living with a civil union (PACS) or de facto domestic partner).

### Section 4 – Children's information

This information will be used to calculate any length of insurance increase or any increase in the amount of your pension if you have raised 3 or more children and certain conditions are met.

However, additional quarters of insurance may be credited to the account of an insured who has raised one or more children who have a disability with a severity rating of 80% entitling them to one of the following benefits: the disabled child's education allowance ("allocation d'éducation de l'enfant handicapé") and its supplement, the disabled child's education allowance ("allocation d'éducation de l'enfant handicapé") and the disability compensation allowance ("prestation de compensation du handicap"), the special education allowance ("allocation d'éducation spéciale") and its supplement, the special allowance for minors with severe disabilities ("allocation spéciale aux mineurs grands infirmes"), the specialized education allowance for minors with severe disabilities ("allocation d'éducation spécialisée aux mineurs grands infirmes"), the specialized education allowance for minors with disabilities ("allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes"), and the allowance for minors with disabilities ("allocation des mineurs handicapés").

If this applies, please list this information under subsection 4.2 and attach your documentary evidence.

### Section 5 – Information on your pension application

#### Your old-age pension's start date:

Please specify the date on which you wish to start receiving your French old-age pension under subsection 5.1.

This date is always the first day of a given month and cannot fall before:

- The date you submit your application
- And the minimum age at which you are entitled to an old-age pension.

The minimum age is between 60 and 62 but can be lowered for insured persons who began working at a very young age and have had a long career, as well as for certain insured persons with disabled worker status.

#### Other information :

Please specify whether any of the circumstances listed under subsection 5.2 apply so that the French institution can determine whether you are eligible for special rules that allow your old-age pension to be calculated at the full rate.

**Âge légal de départ à la retraite et durée minimum d'assurance permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein en fonction de l'année de naissance**

Date de naissance	Âge légal de départ et durée d'assurance minimum pour bénéficiaire d'une pension de vieillesse au taux plein (à partir de...)	Âge minimum pour bénéficiaire du taux plein quelle que soit la durée d'assurance (à partir de...)
Avant le 1er juillet 1951	60 ans et 163 trimestres pour la génération 1951	65 ans
Du 01/07/1951 au 31/12/1951	60 ans et 4 mois et 163 trimestres	65 ans et 4 mois
En 1952	60 ans et 9 mois et 164 trimestres	65 ans et 9 mois
En 1953	61 ans et 2 mois et 165 trimestres	66 ans et 2 mois
En 1954	61 ans et 7 mois et 165 trimestres	66 ans et 7 mois
À partir de 1955	62 ans et 166 trimestres	67 ans

**Nombre de trimestres nécessaires pour la pension de vieillesse au taux plein de 50 % à l'âge légal**

Vous êtes né	Nombre de trimestres nécessaires
En 1949	161
En 1950	162
En 1951	163
En 1952	164
En 1953-1954	165
En 1955-1956-1957	166
En 1958-1959-1960	167
En 1961-1962-1963	168
En 1964-1965-1966	169
En 1967-1968-1969	170
En 1970-1971-1972	171
À compter de 1973	172

**Legal retirement age, and minimum length of insurance for full-rate retirement pension entitlement as determined by year of birth**

Year of birth	Legal retirement age and minimum length of insurance for full-rate old-age pension entitlement (from...)	Minimum age for full-rate entitlement regardless of length of insurance (from...)
Prior to July 1 <sup>st</sup> , 1951	60 years and 163 quarters for those born in 1951	65
From July. 1 <sup>st</sup> , 1951 to Dec. 31 <sup>st</sup> , 1951	60 years 4 months, and 163 quarters	65 years 4 months
In 1952	60 years 9 months, and 164 quarters	65 years 9 months
In 1953	61 years 2 months, and 165 quarters	66 years 2 months
In 1954	61 years 7 months, and 165 quarters	66 years 7 months
From 1955 on	62 years and 166 quarters	67 years

**Number of quarters required for a full-rate (50%) old-age pension at legal retirement age**

You were born	Required number of quarters
In 1949	161
In 1950	162
In 1951	163
In 1952	164
In 1953-1954	165
In 1955-1956-1957	166
In 1958-1959-1960	167
In 1961-1962-1963	168
In 1964-1965-1966	169
In 1967-1968-1969	170
In 1970-1971-1972	171
In 1973 or later	172

# Canada / France Agreement

## Documents and/or information required to support your application [SE 401-05] for a French old age pension

### Complete the attached forms:

- **Information on the career of the insured [SE 401-07]**
- **Medical Report [SE 401-08]** (only if you are applying for an old age pension based on inability to work recognized by a doctor)
- **Annexe 1** (available in French only)
- **Annexe 2** (available in French only)

### Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate for you (only if you do not have a French identification number) and all children declared on your application form [SE 401-05]
- Marriage certificate (if applicable)
- Decree or judgement of divorce (if applicable)
- Identity documents (identity card, passport, residence permit, etc.)
- Documents in support of your employment history
- Documentary evidence of your circumstances (disabled worker, veteran status, etc.) (if applicable)
- Documents to support the payment of a benefit for disabled children (if applicable)
- Banking information slip containing IBAN and BIC/SWIFT codes or a document issued by your bank containing your account information, such as a void cheque

**IMPORTANT:** If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.

### Information on the career of the insured

Article 11 of the Agreement  
Article 4-2 b) of the Implementing Agreement

This form must be completed in capital or block letters.

It is 2 pages long; neither page may be omitted even if it does not contain any relevant information.

If there is not enough space on page 2, please add one or more pages on separate paper, check  this box and indicate the number of additional pages: ..... pages.

#### 1. PERSON COMPLETING THIS FORM

- 1.1 Last name used:.....
- 1.2 First and middle name(s): .....
- 1.3 Last name at birth: .....
- 1.4 Capacity:  Insured       Survivor of the insured       Other (please specify) .....
- 1.5 Adress: .....
- 1.6 Telephone:.....
- 1.7 Email:.....

#### 2. PERSONAL INFORMATION ON THE INSURED

- 2.1 French identification number: .....
- 2.2 Canadian Social Insurance Number:.....
- 2.3 Last name used: .....
- 2.4 First and middle name(s):.....
- 2.5 Last name at birth:.....
- 2.6 Date of birth: .....(D/M/Y)
- 2.7 Place of birth (city / province or department / country):.....
- 2.8 Sex :  Male       Female
- 2.9 Father's last name, first and middle name(s): .....
- 2.10 Mother's last name, first and middle name(s): .....

**3. INFORMATION ON ALL PERIODS COMPLETED IN FRANCE AND IN ANY COUNTRY OTHER THAN CANADA <sup>(1)</sup>**

	Periods		Type of period <sup>(2)</sup>	Employer's name and seat, or type of self-employment	Location and country where work was performed	a) Insurance institution or scheme b) Registration number c) Type of insurance <sup>(3)</sup>	Place of residence during each period of employment
	From (D/M/Y)	To (D/M/Y)					
	1	2					
1						a) ..... b) ..... c) .....	
2						a) ..... b) ..... c) .....	
3						a) ..... b) ..... c) .....	
4						a) ..... b) ..... c) .....	
5						a) ..... b) ..... c) .....	
6						a) ..... b) ..... c) .....	
7						a) ..... b) ..... c) .....	
8						a) ..... b) ..... c) .....	

Date<sup>(4)</sup> : ..... (D/M/Y)

Signature : .....

**NOTES**

- (1) Attach a copy of your documentary evidence for periods outside France (pay slips, certificate of employment, bill for contributions, etc.).
- (2) Specify type of employment as well as any periods without employment (e.g. residency, unemployment, sickness, military service, etc.).
- (3) Specify whether you are declaring a period of compulsory insurance, voluntary insurance, or a period without insurance.
- (4) Date and signature by the person whose information appears in section 1.

## Medical report

*Articles 20 and 26-1 b) ii) of the Agreement  
Articles 4-2 b) and 8-4 b) of the Implementing Agreement*

This form must be completed in capital or block letters by the doctor who is issuing this report. It is 11 pages long; none of the pages may be omitted even if they do not contain any information.

**1 SECTION TO BE COMPLETED BY THE INSURED**

1.1 French identification number: .....

1.2 Canadian Social Insurance Number:.....

1.3 Last name used:.....

1.4 First and middle name(s) : .....

1.5 Last name at birth: .....

1.6 Date of birth:..... (D/M/Y)

1.7 Place of birth: (city, province or department, country):.....

1.8 Sex:  Male  Female

1.9 Address at time of application: .....

.....

1.10 Telephone:.....

1.11 Email :.....

**SECTION TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR**

**2 PERSONNAL HISTORY**

2.1. Personal and family medical history:

.....

.....

.....

2.2. Employment history:

.....

.....

.....

2.2.1. Current employment:

Is the insured currently gainfully employed?  Yes  No

Number of hours:.....

Type of employment:.....

Unfit for work since:..... (D/M/Y)

Ceased working on: .....(D/M/Y)

### 3 MEDICAL HISTORY

3.1. Current symptoms:

.....  
.....  
.....

3.2. Current treatment:

.....  
.....  
.....

3.2.1. What is the completion date for the treatment described under subsection 3.2? (State date – D/M/Y):

.....  
.....  
.....

3.2.2. Is a surgical procedure scheduled? If **yes**, what date is it scheduled for?

.....  
.....  
.....

3.3. Prognosis (Recovery):

.....  
.....  
.....  
.....

3.4. Date of onset of illness (D/M/Y):.....

3.5. State the information that was used to determine the date of onset of illness:

.....  
.....  
.....  
.....



**4 OVERALL PHYSICAL EXAMINATION**

**4.1. Overall Condition**

Height: ..... cm

Weight: ..... kg

4.1.1. Nutritional status:

Normal weight  Overweight  Underweight

4.1.2. Mucus membranes:.....

.....

4.1.3. Skin: .....

.....

4.1.4. Mental status, mood:.....

.....

4.1.5. Remarks:

.....

.....

.....

**4.2. Head**

4.2.1. Vision:.....

.....

4.2.2. Hearing:.....

.....

4.2.3. Other sensory organs:.....

.....

.....

.....

**4.3. Neck (external findings)**

4.3.1. Examination of the thyroid gland:.....

.....

4.3.2. Lymph nodes:.....

.....

4.3.3. Other remarks: .....

.....

.....

.....

**4.4. Respiratory system:.....**



.....  
.....  
.....

**4.5. Circulatory system**

4.5.1. Heart:.....  
.....

4.5.2. Pulse: .....  
.....

4.5.3. Blood pressure (at rest):.....  
.....

4.5.4. Blood pressure (second measurement):.....  
.....

4.5.5. Peripheral blood vessels: .....  
.....

4.5.6. Edema: .....  
.....

4.5.7. ECG (at rest) : .....  
.....

**4.6. Abdomen**

4.6.1 Digestive system and connected intra-abdominal organs: .....  
.....

4.6.2 Liver:.....  
.....

4.6.3 Spleen: .....  
.....

4.6.4 Endocrine system:.....  
.....

**4.7. Genitourinary tract:**.....  
.....

**4.8. Mental status examination (appearance, attitude, mood, thought, speech and language, consciousness, orientation, short- and long-term memory, neuroperception, abstraction, and insight and judgment.**

.....  
.....  
.....

**4.9. Locomotor system (if necessary, use the Neutral - Zero method, page7)**

4.9.1. Spine: .....

.....

4.9.2. Upper limbs: .....

.....

4.9.3. Lower limbs: .....

.....

4.9.4. Lymph nodes present : .....

.....

.....

**4.10. Neurological examination:**

4.10.1. Motor skills (power and muscle tone):

Normal     High     Slow     Low

4.10.2. Gait:

Normal     Impaired    Type of impairment:.....

4.10.3. Reflexes: .....

.....

.....

**4.11. Neurovegetative symptoms: .....**

.....

.....

**4. 12. Additional information: .....**

.....

.....

.....

**5 FUNCTIONS AND OTHER ADDITIONAL TESTS\* (IF NECESSARY)**

**5.1. Lung function: .....**

.....

.....

.....

**5.2. Heart function/Stress test:** .....

.....  
.....  
.....

**5.3. Imaging** (indicate date - D/M/Y) :

.....

**5.3.1. Doppler Ultrasound** (heart and blood vessels) :

.....  
.....  
.....

**5.3.2. Today's X-ray results:**

.....  
.....  
.....

**5.3.3. Previous X-ray results:**

.....  
.....  
.....

**5.3.4. Ultrasounds** (abdominal and other) :

.....  
.....  
.....

**5.3.5. MRI and special tests:**

.....  
.....  
.....

**5.4. Lab results:**

.....  
.....  
.....

**5.5. Other tests:**

.....  
.....  
.....



**Neutral-Zero method :**

Use this sheet to measure the locomotor system according to the Neutral-Zero method.

Only state pathological findings or normal findings that should be specifically recorded.

**Spine**

Extension/Flexion  
45-0-45°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Chin/sternum distance \_\_\_\_\_ cm

Right/ left rotation  
80-0-80°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Right/left lateral inclination  
45-0-45°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Lumbar spinal mobility test  
8-10-15 cm

FBA \_\_\_\_\_ cm

Right-left rotation  
30-0-30°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Right/left lateral Inclination  
40-0-40°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Shoulder joint**

extension/flexion  
170-0-40°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Abduction/Adduction  
180-0-40°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

External/ internal rotation  
50-0-95°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Elbow joint**

extension/flexion  
10-0-150°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Forearm joint**

supination/pronation  
80-0-90°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Wrist joint**

extension/flexion  
60-0-60°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

abduction/adduction  
40-0-30°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Hip joint**

extension/flexion  
10-0-130°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Abduction/adduction  
45-0-30°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

External/ internal rotation  
45-0-50°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Knee joint**

extension/flexion  
10-0-140°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

**Ankle joint**

extension/flexion  
45-0-25°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Circumference in cm

	R	L
Upper arm (15 cm. above lateral epic.)		
Elbow joint		
Forearm (10 cm. below lateral epic.)		
Wrist		
Metacarpus (without thumb)		

Circumference in cm

	R	L
Thigh 20cm above medial knee joint space		
Mid patella		
Lower leg 15 cm below medial joint space		
Lower leg: Smallest circumference		
Ankle		

**6 CLINICAL DIAGNOSIS**

6.1. Primary diagnosis – ICD code:

.....  
.....  
.....

6.2. Secondary diagnosis/ diagnoses – ICD code :

.....  
.....  
.....

**7 OVERVIEW**

7.1. Course of disease:

.....  
.....  
.....

7.2. Impact on the insured's state of health:

.....  
.....  
.....

7.3. Functional deficits:

.....  
.....  
.....

7.4. Compared to the previous examination (dated) .....(D/M/Y), the insured's condition:

- has improved                       has worsened                       has remained unchanged

7.5. Is the insured suffering from a temporary disability?

- Yes                       No

7.6. Is the insured permanently unfit to perform his/her usual job?

- Yes                       No

7.7. Is the insured permanently unfit to perform any activity?

- Yes                       No

Provide evidence:.....  
.....  
.....

7.8. Was the insured's disability a result of a work accident or occupational illness?

- Yes                       No

7.9. The insured is still able to regularly perform the following types of work:

heavy exertion

average exertion

light exertion

**8 DESCRIPTION OF FUNCTIONAL RESTRICTIONS**

**The following restrictions must be taken into account:**

8.1. Avoid the following working conditions:

- Exposure to damp
- Exposure to cold
- Exposure to heat
- Exposure to noise
- Exposure to smoke, gases, vapors, and fumes
- Nighttime work
- Shift work
- Danger of falling
- Tasks requiring frequent bending, lifting, carrying, or climbing ramps or stairs

8.2. Work can only be performed under the following conditions:

- While seated
- With no particular deadlines
- Indoors
- With extra breaks:  
Number and length of these breaks: .....
- Allowing changes in body position
- Alternating walking, sitting, and standing

8.3. The insured's ability to work is reduced due to a limited use of his/her sensory organs, hands, etc.:

.....  
.....  
.....

8.4. The insured is allergic to: .....

.....  
.....

**9 ADDITIONAL QUESTIONS**

9.1. Can the insured work with display screen equipment?

- Yes
- No

If not, please explain why: .....

9.2. Can the insured work independently at the workplace without the support of another person?

- Yes
- No

If not, please explain why: .....

9.3. Can the insured work independently from home without the support of another person?

Yes       No

If not, please explain why: .....  
.....

9.4. Can the insured work full-time in his/her most recent position, i.e.:

Yes       No

If not, please specify maximum working time  
(in hours or as a percentage of a normal working day):.....

9.5. Is employment possible with accommodations?

Yes       No

If yes, please list some examples:  
.....  
.....

9.6. Is full-time employment possible with accommodations?

Yes       No

If not, please specify maximum working time  
(in hours or as a percentage of a normal working day):.....

9.7. Under the legislation of the country of residence, the insured's disability with regard to his/her most recent occupation is:

total       partial

9.8. The restrictions listed above are:

permanent since: ..... (D/M/Y)  
 temporary and are only valid from: ..... (D/M/Y) to ..... (D/M/Y)

9.9. Is an improvement in the insured's current state of health possible?

Yes       No       Unable to answer

If yes, please specify how an improvement can be achieved:  
.....  
.....

9.10. Can an improvement in the insured's capacity for work be achieved through:

Medical rehabilitation?  
 Vocational rehabilitation?  
 Unable to answer

9.11. Will the insured need to undergo a re-examination?

Yes       No



If yes, please state when: ..... (D/M/Y)

**10 ADDITIONAL REMARKS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**11 DOCTOR ISSUING THIS REPORT**

Last and first name:.....  
Medical specialty:.....  
Address: .....

Place examination was conducted: .....

Telephone:.....

Email: .....

Date :.....(D/M/Y) Signature and stamp

**Remark**

(\*) If additional tests have been completed, please attach the results to this form.



**CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE  
VIEILLESSE**  
15 Avenue Louis Jouhanneau  
37078 TOURS CEDEX 2

NIR :

Secteur :

N'oubliez pas d'indiquer les références ci-dessus sur tous vos courriers

---

**Majorations de durée d'assurance pour enfants  
Étude pour les mères**

Le

Madame,

Vous avez déclaré sur votre demande avoir eu et/ou élevé un ou plusieurs enfants.

Pour nous permettre d'étudier vos droits aux majorations de durée d'assurance pour enfants, je vous remercie de me retourner le formulaire ci-joint dûment complété et signé, en mentionnant uniquement les enfants que vous avez eus ou adoptés.

Vous devez également fournir les justificatifs suivants :

- une copie de l'extrait d'acte de naissance avec filiation ou tout document faisant apparaître la filiation pour chacun des enfants que vous avez eus ou adoptés,
- une copie de l'acte ou du jugement d'adoption pour chacun des enfants adoptés

Si des enfants vous ont été confiés par décision de justice\*, ou pour lesquels vous avez bénéficié d'une délégation totale de l'autorité parentale, je vous remercie de fournir, dans l'un ou l'autre cas, une copie des décisions de justice.

\* Sont visés :

- les enfants ayant fait l'objet d'une délégation totale de l'autorité parentale (article 377-11<sup>er</sup> alinéa du code civil)
- les enfants confiés dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative (article 375-3 2° du code civil)
- les enfants confiés à un tiers dans le cadre de l'article 373-3 2<sup>ème</sup> alinéa du code civil

Recevez, Madame, mes sincères salutations.

Votre correspondant,

Réf. N1048 – 12/2014

---

**Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse**

75951 PARIS Cedex 19  
[www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)

**Appelez-nous au 39 60 – prix d'un appel local depuis un poste fixe  
Pour appeler de l'étranger, d'une box ou d'un mobile, composez le 09 71 10 39 60**

ANNEXE 1

**Majorations de durée d'assurance pour enfants  
Mères – Demande de renseignements**

Réf. N1049 – 12/2014

.../...

▪ **Vous-même**

Votre nom de famille (nom de naissance) : .....

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex : nom de conjoint) : .....

Vos prénoms : .....

Votre n° de sécurité sociale : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

▪ **1er enfant**

Nom de l'enfant : .....

Prénom(s) de l'enfant : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|      Date de décès : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- S'agit-il d'un enfant que vous avez :                      eu                       adopté
- Avez-vous exercé l'autorité parentale sur cet enfant durant les 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ?  
**oui**  **non**

*Cocher la case « oui » sauf en cas de privation ou de retrait de l'autorité parentale par décision de justice*

- Avez-vous résidé avec l'enfant durant les 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ?  
**oui**  **non**
- Si **non**, précisez la période de résidence commune :  
du |\_|\_| || |\_|\_| || |\_|\_| |\_|\_| au |\_|\_| || |\_|\_| || |\_|\_| |\_|\_|
- Avez-vous élevé seule (c'est à dire sans l'autre parent) l'enfant pendant une période continue d'au moins 1 an durant la période de 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ? oui  non

Si **non**, vous devez m'indiquer :

Les noms et prénoms du père (ou du père adoptif) de l'enfant : .....

Sa date et son lieu de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| à .....

Son n° de Sécurité Sociale : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

▪ **2ème enfant**

Nom de l'enfant : .....

Prénom(s) de l'enfant : .....

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|      Date de décès : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

- S'agit-il d'un enfant que vous avez :                      eu                       adopté
- Avez-vous exercé l'autorité parentale sur cet enfant durant les 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ?  
**oui**  **non**

*Cocher la case « oui » sauf en cas de privation ou de retrait de l'autorité parentale par décision de justice*

- Avez-vous résidé avec l'enfant durant les 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ?  
**oui**  **non**
- Si **non**, précisez la période de résidence commune :  
du |\_|\_| || |\_|\_| || |\_|\_| |\_|\_| au |\_|\_| || |\_|\_| || |\_|\_| |\_|\_|
- Avez-vous élevé seule (c'est à dire sans l'autre parent) l'enfant pendant une période continue d'au moins 1 an durant la période de 4 ans suivant sa naissance ou son adoption ? oui  non

Si **non**, vous devez m'indiquer :

Les noms et prénoms du père (ou du père adoptif) de l'enfant : .....

Sa date et son lieu de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| à .....

Son n° de Sécurité Sociale : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**ANNEXE 1**



[www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)

TEL. 09 71 10 39 60

NIR :

Secteur :

N'oubliez pas d'indiquer les références ci-dessus sur tous vos courriers

---

**Déclaration fiscale/attestation**

Le

Madame, Monsieur,

Pour déterminer si je dois prélever la Cotisation d'Assurance Maladie (AM) ou la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et/ou la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) sur votre retraite, je dois connaître votre domiciliation et votre situation fiscales.

Veuillez cocher la case correspondant à votre situation :

- Je déclare mes revenus à l'administration fiscale de mon pays de résidence
- Je déclare mes revenus à l'administration fiscale française. Je vous adresse mon avis d'impôt sur le revenu de l'année.

A ..... Signature du retraité

**Attention :** Sans réponse, je prélèverai ou continuerai à prélever la cotisation AM ou la CSG et la CRDS sur votre retraite.

Recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Votre correspondant,

---

2009.dot

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit le droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art L 114-13 du code de la Sécurité Sociale, art 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L 114-17 du code de la Sécurité Sociale.

**Il n'existe pas de service d'accueil à TOURS**

**ANNEXE 2**