

SECTION "C" - RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS (SUITE)

4. PERIODES D'EMPLOI DANS D'AUTRES PAYS

4.1 PAYS	4.2 NOM DE L'EMPLOYEUR	4.3 ADRESSE	4.4 NUMERO D'IMMATRICULATION (Si connu)	4.5 DURÉE DE L'EMPLOI					
				DU			AU		
				AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ

SECTION "D" - MODALITÉS DE PAIEMENT

1. Veuillez verser la prestation à:

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER: _____

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER: _____

NUMÉRO DE COMPTE: _____

NUMÉRO OU CODE DE LA SUCCURSALE DE LA BANQUE (s'il y a lieu): _____

MONNAIE DU PAYS OÙ VOUS DEMEUREZ: _____

2. S'AGIT-IL D'UN COMPTE CONJOINT? OUI NON

SI «OUI», VEUILLEZ INDIQUER LE NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE: _____

SECTION "E" - RAPPORT DU MEDECIN (À REMPLIR PAR UN MÉDECIN AUTORISÉ)

REMARQUE: La législation sur l'assurance nationale de Trinité-et-Tobago (1999) prévoit le paiement des prestations d'invalidité pour tout cotisant invalide âgé entre 16 et 60 ans. Un invalide est une personne qui demeurera probablement dans l'incapacité de travailler pendant une période au moins supérieure à 12 mois à cause d'une maladie particulière ou d'une incapacité physique ou mentale.

1. VEUILLEZ AVOIR L'OBLIGANCE DE DONNER UNE DESCRIPTION CLINIQUE COMPLÈTE DE LA CAUSE DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ DU COTISANT: _____

2. INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE LE COTISANT S'EST TROUVÉ DANS L'ÉTAT D'INVALIDITÉ AUQUEL ON FAIT RÉFÉRENCE EN 1: _____

AAAA	MM	JJ				

3. EST-CE QUE CET ÉTAT RISQUE D'ÊTRE PERMANENT? OUI NON

4. SI «NON», PENDANT COMBIEN DE TEMPS LE COTISANT EST-IL SUSCEPTIBLE DE DEMEURER DANS CET ÉTAT: (PRÉCISEZ EN SEMAINES, MOIS OU ANNÉES)

AAAA	MM	JJ				

5. LE COTISANT PEUT-IL EFFECTUER UN TRAVAIL QUELCONQUE? OUI NON

SI «OUI», VEUILLEZ PRÉCISER _____

**SECTION "E" - RAPPORT DU MÉDECIN (À REMPLIR PAR UN MÉDECIN AUTORISÉ)
SUITE)**

6. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS SOIGNEZ-VOUS CE COTISANT? _____
7. REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES (s'il y a lieu) _____

8. ADRESSE DU MÉDECIN _____ 8.1 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

9. NOM DU MÉDECIN (EN MAJUSCULES) OU ESTAMPILLE: _____
10. _____ 11. DATE:

AAAA				MM		JJ	

SIGNATURE DU MÉDECIN

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UN DÉLIT AUX TERMES DES LOIS DE TRINITÉ-ET-TOBAGO.

SECTION "F" - AUTORISATION**AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Aux fins de la présente demande soumise en vertu de la législation de Trinité-et-Tobago, j'autorise Développement des ressources humaines Canada à fournir au Conseil d'assurance nationale de Trinité-et-Tobago tout renseignement qu'il détient qui se rapporte ou pourrait se rapporter à la présente demande de prestation.

SECTION "G" - DÉCLARATION ET SIGNATURE DU REQUÉRANT/DE LA REQUÉRANTE**1. DÉCLARATION DU REQUÉRANT/
DE LA REQUÉRANTE**

Par la présente, je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont véridiques et exacts, et je m'engage à signaler au Conseil d'assurance nationale de Trinité-et-Tobago tout changement qui pourrait influencer mon admissibilité aux prestations.

SIGNATURE DU REQUÉRANT/DE LA REQUÉRANTE:

_____DATE:

AAAA				MM		JJ	

2. DÉCLARATION DU TÉMOIN*(Lorsque le requérant ou la requérante ne peut pas signer)*

J'ai lu la présente demande au requérant/à la requérante, qui semble en comprendre le contenu, et qui a apposé sa croix.

2.1 NOM DU TÉMOIN:

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

2.2 ADRESSE DU TÉMOIN:

_____2.3 SIGNATURE DU TÉMOIN:

_____DATE:

AAAA				MM		JJ	

(RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Pièces justificatives requises à l'appui de la demande

L'organisme de liaison du Canada doit cocher la case appropriée sur réception des pièces justificatives.

1. PREUVE D'ÂGE

- (a) Acte de naissance ET affidavit si le nom du requérant ou de la requérante n'est pas inscrit sur l'acte de naissance
- (b) Passeport valide; ou
- (c) Carte d'identification électorale (Trinité-et-Tobago).

2. CHANGEMENT DE NOM

- (a) Certificat de mariage (femmes seulement).
- (b) Acte notarié.