

Consentement et demande de remise de prestations d'invalidité à une compagnie d'assurance

Régime de rentes du Québec

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Consentement (à remplir par la requérante ou le requérant)

1.1 Renseignements sur l'identité de la requérante ou du requérant

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

Adresse (numéro, rue, appartement)

Ville	Province	Pays	Code postal
-------	----------	------	-------------

1.2 Consentement de la requérante ou du requérant à la remise

Je consens à ce que Retraite Québec remette à l'administrateur de mon régime d'assurance invalidité,

_____ , les sommes que ce régime m'a versées en attendant que
Nom de l'administrateur (compagnie d'assurance)
 je reçoive ma rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec.

La remise se limite aux mois où je recevais la prestation d'assurance invalidité de ma compagnie d'assurance et pour lesquels Retraite Québec me reconnaît maintenant comme invalide. Pour chaque période d'un mois, le montant de la remise ne peut pas dépasser le montant de la rente qui m'aurait été versée par Retraite Québec.

La remise sera faite par une retenue unique sur le paiement rétroactif de ma rente du Régime de rentes du Québec, après que Retraite Québec aura reçu le présent consentement dûment signé.

Ce consentement est valable seulement si la demande de prestations pour invalidité est reçue dans les 12 mois qui suivent la date de la signature.

Signature _____ **Date**

année	mois	jour

Requérante ou requérant ou sa représentante ou son représentant légal

1.3 Consentement de la requérante ou du requérant à la communication de renseignements

Je consens à ce que Retraite Québec communique à l'administrateur du régime d'assurance invalidité, dont le nom figure ci-dessus, les renseignements relatifs à la rente d'invalidité qui me sera versée en vertu du Régime de rentes du Québec.

Je consens également à ce que l'administrateur de ce régime d'assurance invalidité communique à Retraite Québec les renseignements relatifs à ma prestation d'invalidité.

Signature _____ **Date**

année	mois	jour

Requérante ou requérant ou sa représentante ou son représentant légal

Une représentante ou un représentant de l'administrateur de votre régime d'assurance invalidité (votre compagnie d'assurance) doit remplir la section suivante. Les deux sections de ce formulaire doivent être remplies pour que nous puissions traiter votre demande.

2. Garantie (à remplir par la représentante ou le représentant de l'administrateur du régime d'assurance invalidité)

2.1 Renseignements sur l'identité de la requérante ou du requérant

Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
----------------	--------	----------------------------

2.2 Renseignements sur l'administrateur

Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de dossier de la requérante ou du requérant (s'il y a lieu)
---------------------------------	--

Adresse (numéro, rue, bureau)

Ville	Province	Pays	Code postal
-------	----------	------	-------------

2.3 Renseignements sur l'identité de la représentante ou du représentant de l'administrateur

Nom de famille (en lettres détachées)	Prénom (en lettres détachées)
---------------------------------------	-------------------------------

Téléphone <small>ind. rég.</small>	Poste
------------------------------------	-------

2.4 Déclaration de l'administrateur

À titre de représentante ou de représentant de l'administrateur du régime d'assurance invalidité précité, je déclare que le présent consentement porte sur le montant mensuel de la prestation d'assurance qui ne serait pas versée en vertu de ce régime en raison de la coordination avec la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec pour les mois où la personne mentionnée à la section 1 a droit aux deux prestations.

Montant mensuel de la prestation⁽¹⁾ d'assurance invalidité faisant l'objet de la coordination : _____ \$

Ce montant est le moindre des montants suivants :

- le montant de la prestation versée mensuellement par la compagnie d'assurance;
- le montant maximal de la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec pour l'année de référence.

⁽¹⁾ Montant mensuel de la prestation = somme hebdomadaire versée x 4,33 semaines/mois

Début de la période couverte par le versement des prestations d'assurance invalidité

année	mois
-------	------

Je certifie que les renseignements relatifs à cette entente de remise ne peuvent être communiqués à aucune tierce partie.

Je certifie, en outre, que le présent formulaire est entièrement conforme aux accords contractuels auxquels sont parvenues toutes les parties intéressées.

Je consens à aviser Retraite Québec de tout changement apporté au versement de la prestation.

Signature _____ Date

année	mois	jour
-------	------	------

Représentante ou représentant de l'administrateur du régime

3 Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut en allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions : leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

**Assurez-vous que les deux sections de ce formulaire sont remplies.
Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à
retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier.
Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents requis à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9