

Modification de renseignements – participant

Remplissez ce formulaire pour modifier des renseignements qui concernent un participant. Veuillez remplir la section 1. **N'indiquez que les renseignements qui ont changé aux sections 2 à 4.** Vous devez signer à la section 5 pour autoriser les modifications ayant trait au régime principal.

Pour plus de précisions, reportez-vous à la section sur la modification de renseignements – participant (*Changing member information*) de votre *manuel d'administration*.

Couverture du régime complémentaire :

- Remplissez les parties 6 à 8 si vous établissez une couverture du régime complémentaire pour un participant existant au régime principal.
- Dans le cas d'un participant existant au régime complémentaire qui passe à une autre catégorie d'employés du régime complémentaire, ne remplissez pas ce formulaire. Au lieu de cela, veuillez remplir le formulaire 143.

Après avoir rempli et signé le formulaire, veuillez l'envoyer à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto ON M5J 2P1** ou le télécopier au **416-369-9704** ou au numéro sans frais **1-877-369-9704**. En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que le numéro de groupe et le numéro d'assurance sociale de l'employé ou son numéro d'employé sont bien indiqués à la partie supérieure de chacune des pages suivantes, et ne postez **pas** l'original.

Les renseignements personnels sont recueillis aux fins de l'administration des rentes en vertu de l'article 35 de la Loi de 2006 sur OMERS.

Remplissez ce formulaire en ligne!



Utilisez le formulaire électronique 106 que vous trouverez à **e-access** pour modifier rapidement et facilement les renseignements sur le participant.

Parties 1 à 3 à remplir par l'employeur

1. RENSEIGNEMENTS ACTUELS SUR LE PARTICIPANT (obligatoire)

Numéro de groupe		Numéro de l'employé		Numéro d'assurance sociale	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :		Nom		Premier prénom	
				Deuxième prénom	
Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français				ID du service	

2. NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (le cas échéant)

Numéro de l'employé		Numéro d'assurance sociale		Date de naissance (m/j/a)	ID du service
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :		Nom		Premier prénom	
				Deuxième prénom	

3. NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (le cas échéant)

Âge de retraite normale : 60 ans 65 ans

Profession : Conseiller Pompier* Policier* Autre*

* Pour les pompiers/policiers civils et les auxiliaires médicaux, cochez «Autre», puis la case voulue ci-dessous indiquant l'«Affiliation du participant».

Situation d'emploi

- Permanent à temps plein
 Autre que permanent à temps plein

Affiliation du participant (ne cochez qu'une seule case)

- Syndicat/Association – vous devez indiquer le nom du syndicat ou de l'association reconnus ci-dessous. Vous trouverez une liste de syndicats et associations reconnus sur notre site Internet à www.omers.com.

Nom du syndicat ou de l'association (en lettres moulées S.V.P.)

- Dirigeant/exemption syndicale/non syndiqué – non-pompier, non-policier ou non-auxiliaire médical
 Dirigeant/exemption syndicale/non syndiqué – auxiliaire médical Dirigeant/exemption syndicale/non syndiqué – pompier
 Représentant élu – conseiller ou maire Dirigeant/exemption syndicale/non syndiqué – policier

RÉSERVÉ À OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

Numéro de groupe	Numéro d'assurance sociale du participant ou numéro d'employé (pour télécopie)
------------------	--

Section 4 à remplir par le participant (le cas échéant)

4. NOUVELLE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DU PARTICIPANT – RÉGIME PRINCIPAL

Les prestations de survivants sont un avantage majeur du régime de retraite OMERS. Votre conjoint admissible et/ou vos enfants à charge admissibles sont les premières personnes à avoir droit aux prestations à payer. Viennent ensuite par ordre de droit aux prestations qu'OMERS doit respecter, votre ou vos bénéficiaires, puis votre succession.

Vous pouvez désigner une personne, une institution ou votre succession à titre de bénéficiaire de votre prestation du régime principal. Vous pouvez désigner plus d'un bénéficiaire (au besoin, annexe une page à part et signez-la). Veuillez préciser le pourcentage que vous destinez à chacun d'eux, sinon OMERS partagera le remboursement en parts égales. Si un des bénéficiaires est décédé, sa part sera divisée entre les bénéficiaires restants.

Bénéficiaire (premier prénom, deuxième prénom et nom, ou institution) – en lettres moulées S.V.P.	Lien de parenté ou autre	% de la prestation
Remarques :		Total :
		100 %

Remarques :

- Votre ou vos bénéficiaires n'ont droit à un remboursement au décès que si vous n'avez pas de conjoint admissible ni d'enfants à charge admissibles.
- Votre désignation de bénéficiaire s'applique aux prestations payables en vertu du régime de retraite agréé (RRA) et de la convention de retraite (CR) du régime principal.
- Cette désignation annule toute désignation antérieure de bénéficiaire de la prestation du régime principal qui peut figurer dans vos dossiers d'OMERS.

Signature de l'employé – Bénéficiaire de la prestation du régime principal	Date (m/j/a)
--	--------------

Partie 5 à remplir par l'employeur

5. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR – RÉGIME PRINCIPAL

En signant ci-dessous, vous attestez que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont exacts.

Nom de l'employeur	Personne-ressource (en lettres moulées S.V.P.)	Titre
Numéro de téléphone ()	Numéro de télécopieur ()	Par l'indication de mon adresse électronique ci-dessous, j'autorise OMERS à me contacter par courriel pour obtenir des précisions au sujet de ce participant.
Signature du signataire autorisé	Date (m/j/a)	Adresse électronique de la personne-ressource

Renseignements sur le régime complémentaire (le cas échéant)

Remplissez les parties 6 à 8 si le participant au régime principal va être couvert pour la première fois par un régime complémentaire (pour pouvoir fournir cette couverture, l'employeur doit avoir signé un accord de régime complémentaire).

Remarque : La couverture du régime complémentaire fournit des augmentations de prestations facultatives aux participants au régime de retraite principal d'OMERS qui sont employés comme policiers (y compris les civils), pompiers ou auxiliaires médicaux. L'employeur peut consentir à fournir la couverture du régime complémentaire à une catégorie d'employés en concluant un accord de régime complémentaire avec la Société d'administration d'OMERS.

Partie 6 à remplir par l'employeur (le cas échéant)

6. PRÉCISIONS SUR LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DU PARTICIPANT

Catégorie d'employés du régime complémentaire

Veuillez indiquer ci-dessous le nom de la catégorie d'employés du régime complémentaire dont fait partie le participant – le nom de la catégorie doit être le même que celui de la *Catégorie d'employés* précisé dans votre accord de régime complémentaire.

Nom de la catégorie d'employés du régime complémentaire tel qu'il figure dans l'accord de régime complémentaire de l'employeur
--

Gains cotisables annuels du participant

Veuillez indiquer les gains cotisables annuels actuels du participant (annualisez ce chiffre si le participant travaille moins de 12 mois par an).

Gains cotisables actuels annualisés

Numéro de groupe	Numéro d'assurance sociale du participant ou numéro d'employé (pour télécopie)
------------------	--

Partie 7 à remplir par l'employeur et le participant (ce n'est pas obligatoire)

7. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DU PARTICIPANT – RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

Employeur

Le participant a-t-il désigné un bénéficiaire de la prestation du régime complémentaire?

- Oui – voir ci-dessous (nécessite la signature du participant).
- Non – ne retardez pas l'adhésion de l'employé au régime complémentaire si celui-ci n'est pas disponible pour remplir cette partie.
Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, OMERS inscrira la succession du participant à titre de bénéficiaire en attendant que le participant désigne un bénéficiaire pour le régime complémentaire.

Participant

Le régime complémentaire est un régime indépendant. Autrement dit, les droits aux prestations de survivants, y compris la désignation de bénéficiaire, sont traités à part du régime principal. Votre conjoint admissible et/ou vos enfants à charge admissibles sont les premiers à avoir droit aux prestations à payer. Viennent ensuite, par ordre du droit aux prestations qu'OMERS doit respecter, votre ou vos bénéficiaires dont le nom figure ci-dessous, puis votre succession.

Vous pouvez désigner une personne, une institution ou votre succession à titre de bénéficiaire de votre prestation du régime complémentaire. Vous pouvez désigner plus de un bénéficiaire (au besoin, annexe une page à part et signez-la). Veuillez préciser le pourcentage que vous destinez à chacun d'eux, sinon OMERS partagera le remboursement en parts égales. Si un des bénéficiaires est décédé, sa part sera divisée entre les bénéficiaires restants.

Bénéficiaire (premier prénom, deuxième prénom et nom, ou institution) – en lettres moulées S.V.P.	Lien de parenté ou autre	% de la prestation

Remarques :

- Votre ou vos bénéficiaires n'ont droit à un remboursement au décès que si vous n'avez pas de conjoint admissible ni d'enfants à charge admissibles.
- Cette désignation annule toute désignation antérieure de bénéficiaire de la prestation du régime complémentaire qui peut figurer dans vos dossiers d'OMERS.

Total : 100 %

Signature du participant – Bénéficiaire de la prestation du régime complémentaire	Date (m/j/a)
---	--------------

Partie 8 à remplir par l'employeur

8. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR – RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

Signature du signataire autorisé	Date (m/j/a)
----------------------------------	--------------

La personne-ressource est-elle la même que pour le régime principal?

- Oui – voir la partie 5.
- Non – veuillez indiquer les coordonnées de la personne-ressource.

Personne-ressource (en lettres moulées S.V.P.)	Numéro de téléphone ()	
Titre	Numéro de télécopieur ()	Adresse électronique de la personne-ressource

Par l'indication de mon adresse électronique ci-dessous, j'autorise OMERS à me contacter par courriel pour obtenir des précisions au sujet de ce participant.