



# Demande d'entente de prestations supplémentaires ou de modification d'entente

Remplissez ce formulaire si vous demandez des prestations supplémentaires de type 1, Service facultatif, ou de type 3, Invalidité partielle et permanente. Vous pouvez aussi remplir ce formulaire pour modifier une entente en vigueur.

Pour plus de précisions, reportez-vous à la section *Supplementary Benefits* (prestations supplémentaires) de votre manuel d'administration.

Après avoir rempli le formulaire, veuillez l'envoyer à **OMERS, 1, avenue University, bureau 1000, Toronto (Ontario) M5J 2P1** ou nous le télécopier au **416-369-9704**. En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que votre numéro de groupe est bien indiqué à la partie supérieure de la deuxième page, et ne **postez pas** l'original.

Nouvelle entente  Modification d'une entente en vigueur

Numéro de groupe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1. COUVERTURE DE TYPE 1 – SERVICE ANTÉRIEUR

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (aa/mm/jj)	ARN
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65

Quel type de couverture voulez-vous?  Totale  Partielle — Précisez % de prestation

Faites-vous une demande de service prolongé?  Oui —  Total  Limité  Non  
Précisez

Comment le coût est-il partagé?

Participant  Plafonnement à 50 % du coût pour le participant.

Employeur

Mode de paiement? (Vous pouvez choisir l'un ou l'autre mode ou une combinaison des deux.)

Somme forfaitaire – Si inférieure au coût total, précisez  \$

Étalement – Précisez le nombre de mois, maximum de 180

## 2. SERVICE FACULTATIF (pour type 1 – couverture totale uniquement)

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (aa/mm/jj)	ARN
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65

Quel type de couverture voulez-vous?

Service de guerre et public

Service de guerre uniquement

Service public uniquement —  Totale  Limitée

Précisez

--

Le partage du coût sera calculé lorsque le participant aura indiqué un choix.

## 3. COUVERTURE DE TYPE 3 – INVALIDITÉ PARTIELLE ET PERMANENTE

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (aa/mm/jj)	ARN
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65

L'employeur doit acquitter l'intégralité du coût de la couverture de type 3. Lorsqu'un participant part en retraite conformément à la disposition de retraite anticipée non réduite, OMERS calcule le coût et le paiement doit être effectué en une somme forfaitaire.

## 4. AUTORISATION

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 cette demande.	
Signature du signataire autorisé		Date (aa/mm/jj)	Adresse électronique de la personne-ressource