



Renonciation au droit à des prestations d'invalidité

Remplissez ce formulaire si vous voulez renoncer à votre droit à une prestation d'invalidité d'OMERS.

Après avoir rempli et signé 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, ne postez pas l'original.

Si vous voulez recevoir une autre prestation d'OMERS, vous devez aussi envoyer le formulaire de choix annexé. Vous devez nous fournir les deux formulaires pour que nous puissions donner suite à votre demande.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro de groupe	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (aa/mm/jj)	
<input type="checkbox"/> D' <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :	Nom	Premier prénom	Deuxième prénom
Nom de l'employeur actuel			

Indiquez la date de votre invalidité (votre dernier jour travaillé)

Date (aa/mm/jj)

2. EXONÉRATION DES PRIMES EN RAISON D'INVALIDITÉ

Si vous bénéficiez de l'exonération des primes en raison d'invalidité, précisez quand vous voulez que l'exonération prenne fin.

Date (aa/mm/jj)

3. AUTORISATION DE RENONCIATION À UNE PRESTATION D'INVALIDITÉ

Je comprends que je peux choisir de toucher une prestation d'invalidité d'OMERS aussi longtemps que je suis totalement invalide.

Je décide cependant de retirer ma demande de cette prestation ou d'annuler ma prestation d'invalidité actuelle. Je comprends que je renonce au droit à une rente d'invalidité ou à l'exonération des primes en raison d'invalidité d'OMERS maintenant ou à l'avenir pour la période d'invalidité débutant à la date indiquée à la section 1.

Signature du participant	Date (aa/mm/jj)
Signature du témoin	Date (aa/mm/jj)

RÉSERVÉ À OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS