



Demande de période omise

Remplissez ce formulaire :

- pour obtenir le coût correspondant à la période pendant laquelle un employé admissible aurait dû adhérer au régime OMERS, mais n'y a pas adhéré ou n'y a pas cotisé. (Veuillez vous reporter à la section 2 sur l'adhésion d'un participant (*Enrolling a Member*) du manuel d'administration d'OMERS en ligne.)
- lorsque l'achat d'un service interrompu, d'un délai de carence d'invalidité, d'un congé de maternité/parental ou congé d'urgence/familial pour raison médicale n'a pas été proposé à un participant.

Remplissez les sections 1 à 4. Pour autoriser le traitement de la ou des périodes omises, vous devez signer à la section 5.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur (voir l'adresse et le numéro de télécopieur à la page 2). En cas d'envoi par télécopieur, 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. OMERS ne partage les renseignements personnels avec quiconque à des fins autres que l'administration des régimes de retraite. Pour toute question au sujet de la collecte de renseignements personnels, s'adresser au Service à la clientèle d'OMERS au 1-800-387-0813.

Ce formulaire est réservé à l'employeur

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro de groupe		Numéro d'assurance sociale ou numéro d'adhésion à OMERS		Date de naissance (m/j/a)	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}	Nom		Premier prénom		Deuxième prénom
<input type="checkbox"/> Autre :					
Adresse (numéro et rue)			Ville		Province Code postal

2. RAISON DE L'OMISSION DE LA PÉRIODE

Veuillez choisir un des cas suivants :

- Service de base
 Service interrompu
 Congé de maternité/parental
 Délai de carence d'invalidité
 Congé d'urgence/familial pour raison médicale
 Période probatoire (pour le service antérieur à 1978 seulement)
 Réintégration (joindre les précisions à ce formulaire)

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE

Situation d'emploi du participant au cours de la période omise :

- Permanent à temps plein

Permanent à temps plein (m/j/a)

- Autre que permanent à temps plein

Âge de retraite normale (ARN) : 60 ans 65 ans

Si la période omise s'est étendue sur plus d'une année civile, indiquez chaque année séparément. En outre, si le taux de cotisation a changé au cours de la période (par exemple, interruption du versement des cotisations ou changement de la situation d'emploi du participant d'employé à temps plein à employé à temps partiel), indiquez la période visée séparément.

Période omise				Un FE a-t-il été déclaré à l'ARC pour l'année visée?	Les cotisations ont-elles été déduites dans l'année visée?	Pour service interrompu, congé de maternité/parental, délai de carence d'invalidité ou congé d'urgence/familial pour raison médicale seulement	
Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service crédité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
		\$				\$	
Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service crédité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
		\$				\$	
Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service crédité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
		\$				\$	
Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service crédité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
		\$				\$	
Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service crédité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
		\$				\$	

Numéro de groupe (pour télécopie)	Numéro d'assurance sociale ou numéro d'adhésion à OMERS (pour télécopie)
-----------------------------------	--

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE (suite)

Si un salaire cotisable quelconque comprenait un salaire rétroactif, veuillez fournir les renseignements suivants :

Année du paiement rétroactif

Montant affecté à chaque année.

Année	Montant
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
Montant total	\$

4. COMMENTAIRES

5. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

En signant ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et 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)	Courriel