

Remplissez ce formulaire prévu par la *Loi sur les régimes de retraite* (LRR) de l'Ontario pour transférer la valeur de rachat de votre prestation d'OMERS à un REER immobilisé, un CRI, une rente ou un régime de retraite agréé (RRA).

Remplissez les parties A, B et C. L'établissement financier ou le régime de retraite auquel vous transférez votre prestation remplit la partie D.

La partie D doit être remplie *avant* que nous puissions traiter votre transfert. Veuillez retourner le formulaire rempli, ainsi que votre formulaire de demande et tous autres documents requis, 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, n'envoyez pas l'original.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (à remplir par le demandeur)

Nom du demandeur		Prénom		Initiale	
Adresse (rue et numéro)			Ville		Province
Code postal	Numéro de téléphone – le jour ()		Numéro d'assurance sociale		

PARTIE B : DIRECTIVE (à remplir par le demandeur)

Conformément à l'article 42 de la *Loi sur les régimes de retraite* (LRR) de l'Ontario, je transfère la valeur de rachat totale ou partielle de ma rente de retraite.

De : **OMERS, 1, avenue University, bureau 1000, Toronto (Ontario) M5J 2P1**

À : (veuillez cocher et remplir un des choix ci-dessous)

Régime de retraite agréé

Nom du régime de retraite			
Adresse de l'administrateur du régime de retraite (numéro et rue)		Ville	
Province	Code postal		
Numéro de téléphone – le jour ()	Numéro d'enregistrement provincial ou fédéral (le cas échéant)		Numéro d'enregistrement de l'ADRC (le cas échéant)

REER immobilisé ou CRI établi conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada

Nom de l'établissement financier fournissant le REER ou le CRI		Numéro de compte de REER ou de CRI	
Adresse (numéro et rue)		Ville	
Province	Code postal		

Rente (La compagnie d'assurance nommée ci-dessous constituera une rente viagère en conformité avec la LRR et son règlement d'application, dont le paiement ne commencera pas avant la première date à laquelle le participant aurait eu droit au paiement d'une rente de retraite correspondant à la prestation transférée provenant d'OMERS.)

Nom de la compagnie d'assurance			
Adresse de la succursale de la compagnie d'assurance qui versera la rente (numéro et rue)		Ville	
Province	Code postal		

PARTIE C : SIGNATURE DU DEMANDEUR (à remplir par le demandeur)

En signant ci-dessous, j'atteste que je suis un ancien participant d'OMERS et que j'ai droit à une rente de retraite différée d'OMERS.

Mon emploi a pris fin le :

Signature du demandeur	Date (aa/mm/jj)	Signature du témoin	Date (aa/mm/jj)
------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

PARTIE D : ATTESTATION DU RÉGIME CESSIONNAIRE (à remplir par le régime cessionnaire)

À remplir par l'établissement financier, le fiduciaire ou l'administrateur *avant* le transfert des fonds.

Je, atteste que je suis l'administrateur de

J'accepte de transférer la valeur de rachat de la rente de retraite de provenant d'OMERS.

J'accepte d'administrer les fonds transférés conformément à la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario et à son règlement d'application susceptibles de modification de temps à autre.

Signature de l'administrateur	Date (aa/mm/jj)
-------------------------------	-----------------