

Demande de rente de retraite-participants à rente différée

Utilisez ce formulaire si vous n'êtes plus au service d'un employeur participant au régime OMERS mais que vous avez laissé votre rente auprès d'OMERS (participant à rente différée) et que voulez toucher votre rente de retraite.

N'ENVOYER PAS ce formulaire plus tôt de 60 jours avant la date de début de votre rente. Par exemple, si vous planifiez prendre votre retraite le 30 Juin, envoyez-nous le formulaire le 30 avril ou après.

Remplissez les sections 1 à 3, puis signer à la section 4 pour autoriser la demande. N'oubliez pas de joindre les documents indiqués à la section 2.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessous. Si vous le transmettez par télécopieur, il est inutile de poster le formulaire original.

Toutes informations personnelles fournies sur ce formulaire peuvent être utilisées pour mettre à jour votre profil de participant.

Lorsque vous soumettez des renseignements personnels à OMERS, vous consentez à ce que ceux-ci soient utilisés et divulgués aux fins énoncées dans notre Politique de confidentialité et dans toutes les modifications de celle-ci. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de renseignements personnels, vous pouvez consulter notre Politique de confidentialité au www.omers.com.



Assurez-vous de vous inscrire à myOMERS. Il est aussi pratique et sûr que les services bancaires en ligne. Aller à www.omers.com/myomers. Vous aurez besoin de votre numéro d'adhésion d'OMERS.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

| | | | | | | | |
|---|---------|---------------------------|--|--|--|----------|-------------|
| Numéro d'adhésion à OMERS* | | Date de naissance (m/j/a) | | Nom du dernier employeur participant à OMERS | | | |
| <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre : | | Prénom | | Second prénom | | Nom | |
| App./Unité | Adresse | | | Ville | | Province | Code postal |
| Téléphone à domicile | | Téléphone cellulaire | | Courriel | | | |

*Votre numéro d'adhésion à OMERS est indiqué sur votre Relevé de rente ou sur tout autre relevé personnel envoyé par OMERS

Quel type de rente de retraite voulez-vous recevoir?

Normale - Le service de votre rente de retraite mensuelle normale débutera le premier du mois qui suit le mois où vous atteignez votre âge de retraite normale (65 ans pour la plupart des participants à OMERS; 60 ans pour la plupart des policiers et pompiers).

Anticipée Vous ne pouvez indiquer que le mois courant ou une date future.

SECTION 2 - DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Vous devez joindre les documents suivants à ce formulaire :

1. Un chèque portant la mention «annulé» ou les données de dépôt bancaire suivantes (voir l'exemple à la page suivante):

| | | | | | | |
|--|--|------------------------|-------|---------------------------|----------|-------------|
| Nom de la banque | | | | | | |
| Numéro de domiciliation | | Numéro d'établissement | | Numéro de compte bancaire | | |
| Adresse (adresse civique et nom de la rue) | | | Ville | | Province | Code postal |

SECTION 2 - DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES - suite

1025

DATE _____

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

_____ DOLLARS

MEMO _____

⑈0000⑈ ⑆0 234⑈00⑆ ⑆234 56 7⑈

N° de transit N° d'institution N° de compte

2. Vous trouverez les formulaires fiscaux TD1 fédéral et provincial (résidents canadiens uniquement) sur le site Web de l'Agence de revenu du Canada à <http://www.cra-arc.gc.ca/formspubs/fms/td1-fra.html>.

Nous devons effectuer les retenues d'impôt sur le revenu réglementaires sur les paiements de rente de retraite.

SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS À L'APPUI

Votre état matrimonial à la date de votre retraite

Célibataire Marié(e) Union de fait Séparé(e) Divorcé(e)

Renseignements sur le conjoint

| | | | |
|---|--------|---------------|-----|
| <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre : | Prénom | Second prénom | Nom |
| Date de naissance (m/j/a) | | | |

SECTION 4 - AUTORISATION

Signature du participant

Date (m/j/a)