



Renseignements sur le dessaisissement - employeur

Utilisez le présent formulaire pour fournir des détails sur le dessaisissement. Remplissez la section 1, puis demandez au nouvel employeur de remplir la section 2.

Postez le présent formulaire et le *formulaire 182 - formulaire de renseignements de dessaisissement - participant*) et le *formulaire 143 - demande de prestations du régime OMERS*) à OMERS, 900 - 100 rue Adelaide Ouest, Toronto, ON M5H 0E2 ou envoyez par télécopieur : 416 369-9704, sans frais : 1-877-369-9704. Si vous le transmettez par télécopieur, il est inutile de poster le formulaire original.

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.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR ACTUEL

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|--|--|
| Numéro de groupe | | Nom de l'employeur | | |
| Personne-ressource | | Titre | | |
| Téléphone | Télécopieur | Courriel | | |

Date du dessaisissement

Nom de la loi

Le dessaisissement était-il attribuable à une obligation législative? Oui - Non

Signature du signataire autorisé _____

Date (m/j/a) _____

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEL EMPLOYEUR

| | | | | |
|-------------------------|----------|-------|----------|-------------|
| Nom du nouvel employeur | | | | |
| Personne-ressource | | Titre | | |
| Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |
| Téléphone | Courriel | | | |

Y aura-t-il un régime enregistré de retraite pour les employés transférés? Oui - Veuillez remplir la section ci-dessous. Non

| | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------|----------|-------------|
| Nom du nouveau régime de retraite | | | | |
| Personne-ressource | | Titre | | |
| Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |
| Téléphone | Courriel | | | |

Signature du signataire autorisé _____

Date (m/j/a) _____