OMERS

Changement de situation d'emploi/demande de prestation

(pour participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité)

Utilisez ce formulaire pour déclarer un changement de situation d'emploi ou demander une prestation uniquement pour un participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Remplissez les sections 1 et 2 pour informer OMERS d'un changement de situation d'emploi. Remplissez les sections 1 et 3 pour demander une prestation du régime d'OMERS.

N'utilisez pas ce formulaire pour demander une prestation d'invalidité pour un participant **actif**. Pour cette prestation, utilisez le *Formulaire 143 – Demande de prestation du régime OMERS*.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnés ci-dessous. 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 LE PARTICIPANT (à remplir par l'employeur)

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS	Date de naissance (m/j/a)	Téléphone

◯ M. ◯ Mme ◯ Autre :	Prénom	Second prénom	Nom

SECTION 2 - CHANGEMENT DE LA SITUATION D'EMPLOI (à remplir par l'employeur)

A-t-il été mis fin à l'emploi du participant? ☐ Oui — Date de la fin d'emploi (m/j/a) _____ ☐ Non

Si vous ne déclarez que la fin de l'emploi du participant, l'exonération continuera et le participant sera réputé être votre employé aux fins de la rente de retraite jusqu'à ce qu'il ait droit à une rente de retraite anticipée ou normale ou à une rente d'invalidité, ou qu'il n'ait plus droit à l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Le participant est-il retourné au travail? ☐ Oui — Date du retour au travail (m/j/a) _____ ☐ Non

Si le participant est retourné au travail pour faire un travail de réadaptation, remplissez le *Formulaire 152 – Avis de travail de réadaptation*.

SECTION 3 - DEMANDE DE PRESTATION DU RÉGIME d'OMERS (à remplir par l'employeur)

Veuillez préciser laquelle des trois options est visée par cette demande :

☐ Rente d'invalidité

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, le participant doit remplir les conditions de la définition d'OMERS de l'invalidité totale et permanente. Une rente d'invalidité ne peut pas être antidatée lorsque le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Fin de l'exonération (m/j/a) _____

Indiquez la fin du mois comme date de *Fin de l'exonération*; le service de la rente d'OMERS commencera au début du mois suivant.

Le participant a-t-il fait une demande d'indemnité à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?

☐ Oui — Veuillez remplir ci-dessous :

☐ Approuvée — Indemnité mensuelle _____ $ — ☐ Totale/intégrale ☐ Partielle ☐ Temporaire — Fin de la prestation temporaire (m/j/a) _____

☐ Refusée ☐ En cours d'appel ☐ Approbation en instance

☐ Non — Si une indemnité de la CSPAAT est accordée au participant à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

OMERS

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS

Le participant a-t-il demandé une prestation de votre régime d'assurance invalidité de longue durée (ILD)?

☐ Oui — Veuillez remplir ci-dessous :

☐ Approuvée ☐ Touche une prestation ☐ Cessation de la prestation le Date (m/j/a)

☐ Refusée ☐ En cours d'appel ☐ Approbation en instance

☐ Non — Si une prestation d'ILD est accordée au participant à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Remarque : La prestation d'ILD pourra être réduite si une rente d'invalidité d'OMERS est accordée au participant.

☐ Retraite

Une rente de retraite anticipée ne peut pas être antidatée lorsque le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Fin de l'exonération (m/j/a)

Indiquez la fin du mois comme date de *Fin de l'exonération*; le service de la rente d'OMERS commencera au début du mois suivant.

☐ Décès

Date du décès (m/j/a)

Y a-t-il un conjoint admissible? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Y a-t-il des enfants admissibles? ☐ Oui — Précisez les dates de naissance (si connues) sur une page supplémentaire. ☐ Non ☐ Ne sais pas

Coordonnées pour renseignements :

☐ M. ☐ Mme ☐ Autre :	Prénom	Second prénom	Nom		
App./Unité	Adresse	Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Courriel				

Lien de parenté ou autre avec le participant :

☐ Conjoint — Numéro d'assurance sociale du conjoint (facultatif)

☐ Autre — Précisez

SECTION 4 - AUTORISATION (à remplir par l'employeur)

En signant ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et exacts.

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

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)

OMERS

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS

SECTION 5a - OPTION DE CHOIX ANTICIPÉ - valable uniquement pour la retraite (à remplir par le participant)

Conformément à la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario, les participants ont le droit d'obtenir certains renseignements sur leur rente de retraite et autres options avant qu'OMERS procède au traitement de leur rente de retraite. Mais les participants peuvent renoncer à leur droit à ces renseignements pour obtenir leur rente de retraite plus rapidement.

Pour se prévaloir de cette option, le participant doit signer la renonciation ci-dessous et annexer les documents exigés à ce formulaire.

Documents exigés pour le choix anticipé

1. Un chèque portant la mention «annulé» ou les renseignements de dépôt bancaire suivants :

Nom et adresse de la banque		
Numéro de domiciliation bancaire	Numéro de la banque	Numéro du compte bancaire

2. Formulaires fiscaux TD1 – fédéral et provincial – remplis (résidents canadiens uniquement). Si vous ne produisez pas de formulaires TD1 remplis, nous calculerons l'impôt sur le revenu d'après les montants personnels de base.

Renonciation – à signer par le participant

En signant ci-dessous :

Je choisis de toucher ma rente de retraite du régime de retraite d'OMERS comme indiqué ci-dessus. Je confirme que j'ai décidé de faire ce choix avant de recevoir tous les renseignements auxquels je peux avoir droit conformément à la Loi sur les régimes de retraite de l'Ontario pour accélérer le traitement de ma demande de rente de retraite. Il est entendu que je recevrai une Confirmation de rente de retraite donnant des précisions sur ma rente de retraite et un livret sur la rente de retraite lorsque ma demande de rente aura été traitée.

Signature du participant	Date (m/j/a)	Signature du témoin	Date (m/j/a)

SECTION 5b - AUTORISATION DE RENONCIATION À UNE PRESTATION D'INVALIDITÉ (à remplir par le participant)

En signant ci-dessous :

Il est entendu que je peux choisir de toucher une prestation d'invalidité d'OMERS tant que je serai totalement invalide. Mais je choisis de retirer ma demande de cette prestation, ou d'annuler ma prestation d'invalidité existante. Il est entendu que ce faisant, je renonce au droit de toucher une rente d'invalidité ou de bénéficier de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité d'OMERS maintenant comme à l'avenir, pendant la période qui débute à la date de la «fin de l'exonération» indiquée à la section 3.

Signature du participant	Date (m/j/a)	Signature du témoin	Date (m/j/a)

Renseignements sur le témoin :

◯ M. ◯ Mme ◯ Autre:	Prénom	Second prénom	Nom	
App./Unité	Adresse	Ville	Province	Code postal