



Formulaire de renseignements de dessaisissement – participant

Utilisez ce formulaire pour un participant qui va travailler pour un nouvel employeur et adhérer à un régime de retraite agréé différent.

Sauf si vous l'avez déjà fait, veuillez nous indiquer par écrit tout service valide du participant correspondant à un congé de maternité/parental ou à du service interrompu. Pour plus de précisions, voir la rubrique *Eligible service* (service valide) de la section *Early Retirement* (retraite anticipée) ou la section *Leave periods* (périodes de congé) de votre manuel d'administration (*Administration Manual*).

Afin de nous aider à mieux vous servir, veuillez soumettre vos documents de façon rapide et sécuritaire en utilisant le portail électronique. Commencez une nouvelle conversation, joignez vos fichiers et soumettez le tout.

Lorsque vous soumettez des renseignements personnels à OMERS, vous consentez à ce que ceux-ci soient utilisés et divulgués aux fins énoncées dans notre Déclaration de confidentialité avec ses modifications successives. Pour obtenir plus d'information au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation et de la conservation de renseignements personnels, vous pouvez consulter notre Déclaration de confidentialité sur www.omers.com.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS	Date de naissance (m/j/a)	Date de dessaisissement (m/j/a)
☐ M. ☐ Mme ☐ Autre :	Prénom	Second prénom	Nom

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Si le versement des gains normaux du participant a pris fin à une date qui n'est pas celle du dessaisissement, veuillez en indiquer la date :	Date de fin de versement des gains normaux (m/j/a)
Raison de la différence : ☐ Paie de maladie ☐ Paie de vacances ☐ Congé autorisé ☐ Autre :	Précisez
Taux annuel de salaire à la date de dessaisissement	Taux de salaire

Changement de situation d'emploi : Ne remplir cette section que si la situation d'emploi du participant a changé au cours des six dernières années.

Inutile de fournir ce renseignement si vous l'avez déjà indiqué.

Date du changement (m/j/a)

Nouvelle situation d'emploi :

- ☐ Permanent à temps plein
☐ Autre que permanent à temps plein

Indiquez les gains cotisables, le service crédité et les cotisations du participant correspondant à chaque situation d'emploi durant l'année au cours de laquelle le changement de situation est intervenu.

	Temps plein	Autre que permanent à temps plein
Gains cotisables		
Service validé (mois)		
Cotisations		

Veuillez fournir les renseignements suivants pour cette année civile et l'année écoulée. Incluez tout délai de carence d'invalidité que le participant a acheté mais pas le service interrompu ou congé de maternité/parental qui a été acheté.

Inutile d'indiquer les renseignements pour l'année écoulée si vous les avez déjà fournis au moyen du Formulaire 119. Si vous souhaitez modifier des renseignements déjà fournis, veuillez l'indiquer au-dessus de la colonne.

Cette année

L'année écoulée

☐ Je modifie les renseignements déjà fournis au moyen du formulaire électronique 119.

Gains cotisables*		
Service validé (mois)		
Facteur d'équivalence (FE)		
Cotisations au régime de base		
Cotisations à une convention de retraite de base		
Cotisations supplémentaires de Type 6		
Nombre de périodes de paie		

* Si l'écart entre les gains cotisables de cette année et ceux de l'année écoulée est supérieur à 20 %, quelle en est la raison?

☐ Salaire rétroactif (veuillez remplir la section suivante)

☐ Autre -

Précisez

Salaire rétroactif : Ne remplir cette section que si le participant a touché un salaire rétroactif au cours des six dernières années.

Inutile de fournir ce renseignement si vous l'avez déjà déclaré.

Année de paiement du salaire rétroactif

Veuillez indiquer le montant affecté à chaque année :

Année	Montant
Montant total	

SECTION 4 - AUTORISATION

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

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)