

Demande concernant une période omise

Utilisez ce formulaire :

- Pour obtenir le coût correspondant à la période pendant laquelle un employé admissible aurait dû adhérer au régime d'OMERS et qu'il n'y a pas adhéré ou n'y a pas cotisé. (Veuillez consulter la Section 2 en ligne sur l'adhésion d'un participant dans le OMERS Employer Administration Manual [manuel d'administration pour les d'employeurs d'OMERS])
- Si l'une des périodes d'absence indiquées ci-dessous n'est pas offerte à un participant.

Remplissez les sections 1 à 4. Vous devez apposer votre signature à la section 5 pour autoriser le traitement des périodes omises.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessous. En cas d'envoi par télécopieur, ne poster pas l'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

Numéro de groupe		Numéro d'adhésion à OMERS		Date de naissance (m/j/a)	
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/> Autre :	Prénom	Second prénom	Nom		

SECTION 2 - RAISON DE LA PERIODE OMISE

Veuillez choisir un des cas suivants :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Service de base | <input type="checkbox"/> Congé d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> Congé légal : Congé de maternité et congé parental | <input type="checkbox"/> Congé autorisé / grève légale |
| <input type="checkbox"/> Congé légal : Congé familial pour raison médicale | Congé légal : Congé spécial en raison d'une maladie infectieuse |
| <input type="checkbox"/> Congé légal : Congé d'urgence (utilisé pour tous les congés qui ne sont pas des congés de maternité, des congés parentaux, des congés familiaux pour raison médicale, des congés de réserviste ou des congés spéciaux en raison d'une maladie infectieuse) | <input type="checkbox"/> Congé spécial en raison d'une maladie infectieuse pour employé(e) syndiqué(e) |
| <input type="checkbox"/> Congé légal : Congé de réserviste | <input type="checkbox"/> Congé spécial en raison d'une maladie infectieuse pour employé(e) non syndiqué(e) – Simple coût des cotisations |
| <input type="checkbox"/> Congé pour réservistes au double coût des cotisations | <input type="checkbox"/> Congé spécial en raison d'une maladie infectieuse pour employé(e) non syndiqué(e) – Double coût des cotisations |
| <input type="checkbox"/> Congé pour réservistes au simple coût des cotisations | <input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire 2020-2021 |

SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE

Situation d'emploi du participant au cours de la période omise :

<input type="checkbox"/> Permanent à temps plein	Date de l'emploi permanent à temps plein (m/j/a)	<input type="checkbox"/> Autre que permanent à temps plein
--	--	--

Âge normal de la retraite (ANR) : 60 65

Si la période omise s'est étendue sur plus d'une année civile, indiquez chaque année séparément. En outre, si le taux de cotisation a changé au cours de la période (par exemple, interruption du versement des cotisations, changement de la situation d'emploi du participant d'employé à temps plein à employé à temps partiel, ou changement de l'âge normal de la retraite du participant de 60 à 65, ou inversement) indiquez la période visée séparément.

Période omise

Un FE a-t-il été déclaré à l'ARC pour l'année visée? Oui Non

Les cotisations ont-elles été déduites dans l'année visée? Oui Non

Pour le service interrompu, le délai de carence d'invalidité ou l'une ou l'autre des absences citées ci-dessus seulement

Début de la période (m/j/a)	Fin de la période (m/j/a)	Salaire cotisable	Service validé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salaire de période de paie typique	Nombre de périodes de paie
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE - suite

Si un salaire cotisable quelconque comprenait un salaire rétroactif, veuillez fournir les renseignements suivants :

Année du paiement rétroactif

Donnez le détail du montant attribué à chaque année :

Année	Montant
Montant total	

SECTION 4 - COMMENTAIRES**SECTION 5 - AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR**

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

Employeur		Personne-ressource	
Titre			
Téléphone	Télécopieur	Courriel	

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)