



Participant dessaisis d'Omers (avis concernant un événement du participant)

Utilisez ce formulaire en cas de cessation d'emploi, de retraite ou de décès d'un participant dessaisis.

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 d'adhésion à OMERS		<input type="checkbox"/> Retraite		<input type="checkbox"/> Cessation d'emploi		<input type="checkbox"/> Décès	
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre :		Prénom		Second prénom		Nom	
App./Unité	Adresse			Ville	Province	Code postal	

Date de cessation d'emploi/retraite/décès (m/j/a)

Y a-t-il eu des interruptions de service ou des périodes d'absence? Oui Non

Si **Oui** :

Précisez les motifs de la ou des périodes d'interruption :

Date(s) de la ou des périodes d'interruption :

De :	À :
De :	À :

SECTION 2 – AUTORISATION

Organisation					
Nom de la personne-ressource			Titre		
Bureau/Unité	Adresse		Ville	Province	Code postal
Téléphone		Télécopieur	Courriel		

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)