

## Formulaire d'inscription à la déduction salariale de CFS

Utilisez le présent formulaire pour inscrire votre organisation (l'« employeur ») et autoriser vos employés qui sont participants d'OMERS la possibilité de verser des cotisations automatiques de CFS dans le régime de retraite principal d'OMERS par l'intermédiaire de déductions salariales (« options de déduction salariale de CFS »). Avant de signer le présent formulaire, veuillez lire le document sur les responsabilités de l'employeur quant aux déductions salariales de CFS ».

Veuillez remplir un *formulaire des personnes-ressources pour la déduction salariale de CFS* et l'envoyer avec le présent formulaire.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessous. Si vous les transmettez par télécopieur, il est inutile de poster les formulaires originaux.

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](http://www.omers.com).

### SECTION 1 - INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR

Numéro de groupe		Nom de l'employeur			
Bureau/Unité	Adresse		Ville	Province	Code postal

### SECTION 2 - DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PARTICIPATION

Date d'entrée en vigueur des déductions salariales de CFS (m/j/a)
---

### SECTION 3 - MODE DE VERSEMENT À OMERS

Veuillez choisir l'un des éléments suivants :

Transfert électronique de fonds (TEF)

Personne-ressource de l'employeur pour les TEF :

Nom		Titre	
Téléphone		Courriel	

OMERS enverra des instructions de configuration par courriel à la personne-ressource pour les TEF.

Service national de dépôt direct (SNDD)

Joignez le *formulaire d'inscription au dépôt direct (SNDD) de la déduction salariale de CFS* (dans la section sur les formulaires de l'employeur du site Web d'OMERS) au présent formulaire.

## SECTION 4 - ACCUSÉ DE RÉCEPTION ET VÉRIFICATION

Je reconnais, en signant ci-dessous, qu'à la date indiquée ci-dessous, j'ai lu le document sur les « *responsabilités de l'employeur quant aux déductions salariales de CFS* ». Je comprends que la disposition sur la cotisation supplémentaire volontaire fait partie du régime de retraite principal d'OMERS (« régime principal ») et qu'elle est soumise aux conditions déterminées par OMERS Administration Corporation, conformément à l'article 47 du régime principal.

Je comprends également que le régime principal et toute condition connexe peut être modifiée à l'avenir, conformément à la *Loi de 2006 sur le Régime de retraite des employés municipaux* et la *Loi sur les régimes de retraite* (Ontario).

Je confirme que je suis dûment autorisé, au nom de l'employeur, à m'inscrire à la déduction salariale facultative de CFS.

Nom du mandataire		Titre	
Téléphone	Courriel		

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)

Le présent formulaire doit être signé soit par un cadre supérieur (par exemple, un gestionnaire, un administrateur, un directeur général ou un trésorier) de votre organisation qui figure actuellement dans les dossiers d'OMERS ou par l'agent d'OMERS.