



# Demande d'entente de prestations supplémentaires ou de modification d'entente

Remplissez ce formulaire si vous demandez des prestations supplémentaires de type 1, Service facultatif, ou de type 3, Invalidité partielle et permanente. Vous pouvez aussi remplir ce formulaire pour modifier une entente en vigueur.

Pour plus de précisions, reportez-vous à la section *Supplementary Benefits* (prestations supplémentaires) de votre manuel d'administration.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées 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](http://www.omers.com).

## SECTION 1 - INFORMATIONS DE L'ACCORD

- Nouvelle entente  
 Modification d'une entente en vigueur

## SECTION 2 - COUVERTURE DE TYPE 1 – SERVICE ANTÉRIEUR

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (m/j/a)	ARN	
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65

Quel type de couverture voulez-vous?  Totale  Partielle -

Faites-vous une demande de service prolongé?  Oui -  Total  Limité   
 Non

Comment le coût est-il partagé?

Participant  *Plafonnement à 50 % du coût pour le participant.*  
 Employeur

Mode de paiement? (Vous pouvez choisir l'un ou l'autre mode ou une combinaison des deux.)

Somme forfaitaire – Si inférieure au coût total, précisez   
 Étalement – Précisez le nombre de mois, maximum de 180

## SECTION 3 - SERVICE FACULTATIF (pour type 1 – couverture totale uniquement)

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (m/j/a)	ARN	
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65

Quel type de couverture voulez-vous?

- Service de guerre et public  
 Service de guerre uniquement  
 Service public uniquement -  Totale  Limitée

Précisez

Le partage du coût sera calculé lorsque le participant aura indiqué un choix.

## SECTION 4 - COUVERTURE DE TYPE 3 – INVALIDITÉ PARTIELLE ET PERMANENTE

Indiquez les catégories d'employés auxquelles vous voulez que cette entente s'applique, la date à laquelle vous voulez que la couverture débute et l'âge de retraite normale (ARN) de la catégorie des employés.

Catégorie des employés	Date de début (m/j/a)	ARN	
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65
		<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 65

L'employeur doit acquitter l'intégralité du coût de la couverture de type 3. Lorsqu'un participant part en retraite conformément à la disposition de retraite anticipée non réduite, OMERS calcule le coût et le paiement doit être effectué en une somme forfaitaire.

## SECTION 5 - AUTHORIZATION

Employeur		Personne-ressource	
Titre			
Téléphone	Télécopieur	Courriel	

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)