OMERS

# Demande de prestation du régime OMERS

*(Réservé à l'employeur)*

**Utilisez ce formulaire en cas de cessation d'emploi, d'invalidité, de départ à la retraite ou de décès du participant. Pour en savoir davantage, veuillez consulter les instructions à l'intention de l'employeur.**

Remplissez les sections 1 à 3. Veuillez signer à la section 4 pour autoriser la demande.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnés 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.

**Saviez-vous que vous pouvez remplir la plupart de vos formalités administratives pour OMERS en ligne avec e-access? Ce système est protégé et il comprend des conseils et des validations pour accélérer et simplifier vos déclarations.**

## SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT - à remplir pour toutes les demandes

| Numéro de groupe | Numéro d'adhésion à OMERS | Date de naissance (m/j/a) | Téléphone |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ◯ M. ◯ Mme ◯ Autre : | Prénom | Second prénom | Nom |
|---|---|---|---|
| | | | |

## SECTION 2 - MOTIF DE LA DEMANDE

Veuillez choisir une des options suivantes (en caractères gras). Si la demande porte sur une invalidité ou un départ à la retraite, replissez la section 3, Renseignements à l'appui. Pour en savoir davantage, veuillez consulter les Instructions à l'intention de l'employeur.

☐ **Cessation d'emploi -** Choisissez cette option en cas de cessation d'emploi du participant.

La cessation d'emploi est-elle due à un dessaisissement?

☐ Non ☐ Oui — Si oui, remplissez le *formulaire 182 – Renseignements de dessaisissement – participant*.

☐ **Invalidité -** Choisissez cette option pour présenter une demande de prestation d'invalidité pour un participant invalide. Remplissez toutesles zones pertinentes.

Veuillez joindre à ce formulaire le *formulaire 147 – Certificat d'invalidité totale* ou tout autre document médical pertinent.

Gains cotisables annuels à la dernière date de cotisation du participant (voir Instructions à l'intention de l'employeur) $

Si le participant relevait de la catégorie Autre que permanent à temps plein, veuillez préciser le pourcentage des heures à temps plein **OU** le nombre de mois travaillés par le participant chaque année. (Excluez la période de chaque année non travaillée par le participant).

% des heures à temps plein % ou Mois travaillés par année

Période de chaque année non travaillée par le participant (concerne normalement les conseils scolaires)

De (m/j/a) À (m/j/a)

Le participant a-t-il fait une demande d'indemnité à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?

☐ Oui - Quel est le statut de la demande? ☐ Approuvée Indemnité mensuelle $ ☐ Refusée ☐ En instance d'appel ☐ En instance d'approbation

☐ Non - Veuillez signaler à OMERS toute demande d'indemnité faite à la CSPAAT par le participant à l'avenir.

Le participant a-t-il fait une demande de rente d'invalidité de longue durée (ILD)?

☐ Oui - ☐ Approuvée ☐ Refusée ☐ En instance d'appel ☐ En instance d'approbation

☐ Non

Le participant a-t-il cotisé à OMERS pour le délai de carence d'invalidité?

☐ Oui - indiquez les cotisations correspondant au délai de carence d'invalidité, les gains et le service, et les renseignements à la page 3.

☐ Non

OMERS

| Numéro de groupe | Numéro d'adhésion à OMERS |
|---|---|
| | |

☐ **Retraite -** Choisissez cette option si le participant part à la retraite.

Le versement d'une prestation au participant peut être devancé en remplissant l'Option de choix anticipé à la deuxième partie.

☐ **Décès -** Choisissez cette option en cas de décès du participant. Remplissez toutes les zones pertinentes.

Date du décès (m/j/a)

Y a-t-il un conjoint admissible? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Y a-t-il des enfants admissibles? ☐ Oui — Indiquez le prénom, le nom et la date de naissance de chaque enfant (s'ils sont connus) sur une page supplémentaire. ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Demandeur ou autre personne que nous pouvons joindre :

| ○ M. ○ Mme ○ Autre : | Prénom | Second prénom | Nom |
|---|---|---|---|

| App./Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |
|---|---|---|---|---|

| Téléphone | Courriel |
|---|---|

Lien de parenté ou autre avec le participant :

☐ Conjoint - Numéro d'assurance sociale du conjoint (facultatif) ☐ Enfant ☐ Bénéficiaire

☐ Autre - Précisez

## SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS À L'APPUI - à remplir si le participant part à la retraite

État matrimonial du participant à la date de la retraite

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Union de fait ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

**Renseignements sur le conjoint**

| ○ M. ○ Mme ○ Autre : | Prénom | Second prénom | Nom |
|---|---|---|---|

Date de naissance (m/j/a)

## SECTION 4 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI - à remplir pour toutes les demandes

Pour en savoir davantage, veuillez consulter les Instructions à l'intention de l'employeur.

Date de la fin de l'emploi (m/j/a)

Si cette demande porte sur des prestations d'invalidité, indiquez le dernier jour de travail du participant.

En cas de différence entre la date de la fin de l'emploi et la date de fin des cotisations, veuillez préciser :

Date de fin des cotisations (m/j/a)

et préciser la raison de la différence : ☐ Paie de maladie ☐ Paie de vacances ☐ Congé autorisé ☐ Autre - Précisez

**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 et que vous ne l'avez pas signalé à OMERS. Si vous n'êtes pas certain d'avoir signalé le changement de la situation d'emploi à OMERS, vérifiez le dossier du participant au moyen de e-access.

Date du changement (m/j/a)

Nouvelle situation d'emploi : ☐ Permanent à temps plein ☐ Autre que permanent à temps plein

OMERS

| Numéro de groupe | Numéro d'adhésion à OMERS |
|---|---|
| | |

Indiquez les gains cotisables, le service crédité et les cotisations du participant correspondant à chaque situation d'emploi durant l'année où sa situation d'emploi a changé.

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

**Renseignements récents sur les gains et le service**
Veuillez fournir les renseignements suivants pour l'année civile courante et l'année dernière. N'indiquez pas les renseignements pour l'année dernière si vous les avez déjà fournis au moyen du formulaire électronique 119. Si vous souhaitez modifier des renseignements fournis précédemment, veuillez l'indiquer au-dessus de la colonne. 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.

**L'année dernière (aa)** _____ **Cette année (aa)** _____ ☐ Je modifie les renseignements déjà fournis au moyen du formulaire électronique 119.

| | | |
|---|---|---|
| Gains cotisables* | | |
| Service validé (mois) | | |
| Facteur d'équivalence | | |
| Cotisations au RRA du régime principal | | |
| Cotisations à la CR du régime principal | | |
| Nombre périodes de paie | | |

☐ Situation de décembre avec report de paiement

*Si la différence entre les gains cotisables de cette année et ceux de l'année dernière dépasse 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 et que vous ne l'avez pas signalé à OMERS.

Année de paiement du salaire rétroactif

Détail du montant affecté à chaque année :

| Année | Montant |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Montant total | |

OMERS

| Numéro de groupe | Numéro d'adhésion à OMERS |
|---|---|
| | |

## SECTION 5 - AUTORISATION - à remplir pour toutes les demandes

Lorsque je signe ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et exacts

| Nom de l'employeur | Personne-ressource |
|---|---|
| | |

| Titre | Téléphone |
|---|---|
| | |

| Télécopieur | Courriel |
|---|---|
| | |

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)

OMERS

# Instructions à l'intention de l'employeur

**Information générale**
Remplissez le *formulaire 143 - Demande de prestations du régime OMERS* dans les cas suivants : cessation d'emploi, invalidité, départ à la retraite ou décès d'un participant.

- Pour les départs à la retraite, le formulaire peut être soumis jusqu'à 60 jours avant la date de la retraite.
- Dans la mesure du possible, attendez d'avoir toutes les données et chiffres de salaire et de service avant de soumettre le formulaire.
- N'utilisez pas ce formulaire dans les cas suivants :
  - le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité – utilisez le *formulaire 158 – Changement de situation d'emploi/demande de prestation*;
  - la cessation d'emploi est due à un dessaisissement – utilisez le *formulaire 182 – Renseignements de dessaisissement – participant*.
- Veuillez nous signaler tout service admissible que peut avoir le participant.
- Si le ou la participant(e) était en congé de maternité/parental ou avait une période de service interrompue, annexez les formulaires de choix de période d'absence non fournis.

**Important – Régime complémentaire**
S'il s'agit d'une demande de prestation pour un participant au régime complémentaire, veuillez utiliser le formulaire électronique 143 dans **e-access**.

## SECTION 2: MOTIF DE LA DEMANDE

**Invalidité**

- À côté de **Gains cotisables annuels à la dernière date de cotisation du participant**, inscrivez les gains cotisables réels immédiatement avant la date à laquelle le participant est devenu invalide. N'annualisez pas le salaire pour les participants de la catégorie Autre que permanent à temps plein (APTP).
- Les gains cotisables du participant sont réputés être les gains cotisables annuels pour lesquels le participant a versé des cotisations la dernière fois.
- Le service crédité indiqué sous **% des heures à temps plein ou Mois travaillés par année** doit concorder avec les **gains cotisables annuels** indiqué plus haut. (Cette zone ne concerne que les participants APTP.)

**Exemple** : Inscrivez 25 000 $ pour 10,66 mois travaillés par année ou 25 000 $ pour 88,83 % d'heures à temps plein.

- Si le participant choisit une rente d'invalidité d'OMERS, cela peut entraîner la réduction de tout paiement d'ILD. Si le participant touche également une indemnité de la CSPAAT, la rente d'invalidité d'OMERS risque d'être réduite. Pour plus de détails, veuillez consulter le *Employer Administration Manual* en ligne.

**Retraite**

- Si vous choisissez cette option pour un participant qui n'est pas encore admissible à une rente de retraite, nous traiterons la demande comme s'il s'agissait d'une cessation d'emploi. (Le participant recevra un formulaire de demande de prestation et les options comprendront celle d'une rente à une date ultérieure dès qu'il y sera admissible.)

## SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS À L'APPUI

**Conjoint à la date de la retraite**
Si le participant a un conjoint légal ou de fait à la date d'échéance du premier versement de la rente et que les conjoints ne sont pas séparés de corps, cette personne est le « conjoint à la date de la retraite », à condition qu'elle n'ait pas renoncé à ses droits aux prestations de survivants .

## SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

**Délai de carence d'invalidité**

- Les renseignements sur le délai de carence d'invalidité doivent être soumis au moyen du formulaire 143.

**Gains cotisables**
Incluez :

- les gains présumés pour les délais de carence d'invalidité achetés.
- les paiements de salaire rétroactif. (Indiquez les précisions sur le salaire rétroactif à la section suivante.)

N'incluez **pas** :

- les gains annualisés (participant PTP ou APTP).
- les gains présumés pour les périodes d'absence.

**Service validé**

- Indiquez le service crédité calculé à deux décimales.
- Incluez le service crédité pour les délais de carence d'invalidité achetés.
- N'incluez **pas** le service crédité pour les périodes d'absence achetées. Les périodes d'absence doivent être déclarées au moyen du *formulaire 165 – Déclaration de période d'absence/choix*.

**Facteur d'équivalence**

- Aux fins du facteur d'équivalence, supposez que le participant achètera le congé de maternité/parental, sauf s'il vous a remis un formulaire de choix dûment signé indiquant le refus d'achat.
- N'incluez **pas** le service interrompu (y compris les congés d'urgence) dans le facteur d'équivalence, sauf si le participant a choisi d'acheter la totalité ou une partie de la période d'absence.
- Si le participant a atteint 35 années de service validé dans l'année, calculez le facteur d'équivalence d'après le service jusqu'à la date à laquelle le participant a atteint 420 mois de service validé. Si le participant a atteint 35 années avant l'année pour laquelle vous faites une déclaration, le facteur d'équivalence est nul.
- Pour un participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité, ne déclarez un facteur d'équivalence que pour le délai de carence acheté et les parties de l'année pendant lesquelles le participant travaillait effectivement. N'indiquez **pas** de facteur d'équivalence pour le délai de carence d'invalidité – OMERS déclare le facteur d'équivalence pour cette période.
- Si le participant est décédé, indiquez zéro dans l'année du décès.

**Cotisations (RRA et CR du régime principal)**

- Indiquez les cotisations à un régime de retraite agréé (RRA) dans la zone des **Cotisations au RRA du régime principal** et les cotisations à la convention de retraite dans la zone des **Cotisations à la CR du régime principal**.
- Indiquez les cotisations correspondant aux délais de carence d'invalidité achetés.
- N'incluez **pas** les cotisations pour les périodes d'absence achetées (service interrompu et congés de maternité/parental).
- Incluez les cotisations prélevées sur les paiements de salaire rétroactif. (Utilisez le taux de cotisation de l'année à laquelle le paiement rétroactif s'applique.)

Pour les situations survenues en décembre alors que le salaire est versé l'année suivante (report sur l'année suivante), cochez la case **Situation de décembre avec report de paiement**. Indiquez aussi sur une page supplémentaire (ou dans le tableau) le détail des gains cotisables et des cotisations versées chaque année.

**Exemple** : Un participant met fin à son emploi le 31 décembre 2011 mais sa dernière semaine de décembre lui est payée en 2012. Indiquez séparément d'une part les gains cotisables et les cotisations versées en 2011 et d'autre part les gains cotisables et les cotisations versées en 2012.