OMERS

Modification de renseignements – participant

Remplissez ce formulaire pour modifier des renseignements qui concernent un participant. Pour toute question concernant la modification des renseignements sur un participant inscrit au régime complémentaire, contactez communiquez avec OMERS au 1-800-387-0813.

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.

Pour plus de précisions, consultez la section sur la modification de renseignements – participant (*Changing member information*) de votre manuel d'administration disponible sur le site www.omers.com.

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.

Saviez-vous que vous pouvez remplir ce formulaire en ligne?
Utilisez e-access pour modifier les renseignements de façon simple et rapide.

SECTION 1 - RENSEIGNMENTS ACTUELS SUR LE PARTICIPANT (obligatoire)

Numéro de groupe	Numéro d'identification du département	Numéro d'employé	
Numéro d'adhésion à OMERS		Sexe ☐ M ☐ F ☐ X	Date de naissance (m/j/a)
Prénom	Second prénom	Nom	

SECTION 2 - NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (le cas échéant)

Numéro d'identification du département	Numéro d'employé	Sexe ☐ M ☐ F ☐ X	
Prénom	Second prénom	Nom	Date de naissance (m/j/a)

Est-ce que l'employé a signé un nouveau formulaire 132 - Autorisation de divulgation de renseignements personnels? ☐ Oui ☐ Non

SECTION 3 - NOUVEAUX RENSEIGNMENTS SUR L'EMPLOI (le cas échéant)

Date d'effet de la modification (m/j/a)

Situation d'emploi ☐ Permanent à temps plein (PTP) ☐ Autre que permanent à temps plein (APTP)

Âge de normal de la retraite (ANR) ☐ 60 ☐ 65

Profession ☐ Conseiller ☐ Pompier* ☐ Policier* ☐ Autre* ☐ Auxiliaire médical

*Pour les pompiers ou policiers civils, cochez «Autre», puis indiquez l'affiliation du participant ci-dessous.

Affiliation du participant

Indiquez le nom du syndicat ou de l'association reconnus ci-dessous. Consultez **www.omers.com** pour une liste des syndicats et associations reconnus.

Syndicat/Association

OMERS

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS

Renseignements complémentaires si l'âge normal de la retraite (ANR) change

L'ANR passe 65 à 60 ans

Indiquez le salaire actuel et le service validé du participant jusqu'à la date de changement de l'ANR.

Salaire à la date de changement de l'ANR	
Service validé	

L'ANR passe 60 à 65 ans

Indiquez les gains cotisables, le service validé et les cotisations du participant jusqu'à la date de changement de l'ANR.

Gains cotisables	
Service validé (mois)	
Cotisations au RRA du régime principal	

3. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

En signant ci-dessous, vous attestez que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et exacts.

Employeur		Personne-ressource
Titre		
Téléphone	Télécopieur	Courriel

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)