



Formulaire de renseignements de dessaisissement – participant

Utilisez ce formulaire pour un participant qui va travailler pour un nouvel employeur et adhérer à un régime de retraite agréé différent.

Sauf si vous l'avez déjà fait, veuillez nous indiquer par écrit tout service validable du participant correspondant à un congé de maternité/parental ou à du service interrompu. Pour plus de précisions, voir la rubrique *Eligible Service* (service validable) de la section *Early Retirement* (retraite anticipée) ou la section *Leave Periods* (périodes de congé) de votre manuel d'administration (*Administration Manual*).

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.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS	Date de naissance (m/j/a)	Date de dessaisissement (m/j/a)
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre :	Prénom	Second prénom	Nom

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Si le versement des gains normaux du participant a pris fin à une date qui n'est pas celle du dessaisissement, veuillez en indiquer la date :

Raison de la différence : Paie de maladie Paie de vacances Congé autorisé Autre :

Taux annuel de salaire à la date de dessaisissement

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.

Inutile de fournir ce renseignement si vous l'avez déjà indiqué.

Nouvelle situation d'emploi :

- Permanent à temps plein
 Autre que permanent à temps plein

Indiquez les gains cotisables, le service crédité et les cotisations du participant correspondant à chaque situation d'emploi durant l'année au cours de laquelle le changement de situation est intervenu.

	Temps plein	Autre que permanent à temps plein
Gains cotisables	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Service validé (mois)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cotisations	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez fournir les renseignements suivants pour cette année civile et l'année écoulée. 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.

Inutile d'indiquer les renseignements pour l'année écoulée si vous les avez déjà fournis au moyen du Formulaire 119. Si vous souhaitez modifier des renseignements déjà fournis, veuillez l'indiquer au-dessus de la colonne.

Cette année

L'année écoulée

Je modifie les renseignements déjà fournis au moyen du formulaire électronique 119.

Gains cotisables*		
Service validé (mois)		
Facteur d'équivalence (FE)		
Cotisations au régime de base		
Cotisations à une convention de retraite de base		
Cotisations supplémentaires de Type 6		
Nombre de périodes de paie		

* Si l'écart entre les gains cotisables de cette année et ceux de l'année écoulée est supérieur à 20 %, quelle en est la raison?

Salaire rétroactif (veuillez remplir la section suivante)

Autre -

Salaire rétroactif : Ne remplir cette section que si le participant a touché un salaire rétroactif au cours des six dernières années.

Inutile de fournir ce renseignement si vous l'avez déjà déclaré.

Veuillez indiquer le montant affecté à chaque année :

Année	Montant
Montant total	

SECTION 4 - AUTORISATION

Nom de l'employeur		Personne-ressource	Titre
Téléphone	Télécopieur	Courriel	

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)