OMERS

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.

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.

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.

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.

OMERS

Numéro de groupe

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.