OMERS

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.

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 - INFORMATIONS DE L'ACCORD

Numéro de groupe

☐ 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	
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 65

Quel type de couverture voulez-vous? ☐ Totale ☐ Partielle - Précisez % de prestation

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

☐ Non

Comment le coût est-il partagé?

☐ Participant Précisez %

Plafonnement à 50 % du coût pour le participant.

☐ Employeur Précisez %

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 Somme forfaitaire $

☐ Étalement – Précisez le nombre de mois, maximum de 180 Nombre de mois

OMERS

Numéro de groupe

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	
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 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	
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 65
		☐ 60	☐ 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)