



Renonciation au droit à des prestations d'invalidité

Remplissez ce formulaire si vous voulez renoncer à votre droit à une prestation d'invalidité d'OMERS.

Si vous voulez recevoir une autre prestation d'OMERS, vous devez aussi envoyer le formulaire de choix annexé. Vous devez nous fournir les deux formulaires pour que nous puissions donner suite à votre demande.

Afin de nous aider à mieux vous servir, veuillez soumettre vos documents de façon rapide et sécuritaire en utilisant votre compte myOMERS. Rendez-vous dans la section My Communications (Mes communications), commencez une nouvelle conversation, joignez vos fichiers et soumettez le tout.

Toutes informations personnelles fournies sur ce formulaire peuvent être utilisées pour mettre à jour votre profil de participant.

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 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro d'adhésion à OMERS*/Numéro d'assurance sociale				Date de naissance (m/j/a)	
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre :		Prénom	Second prénom	Nom	
App./Unité	Adresse		Ville	Province	Code postal
Téléphone à domicile		Téléphone cellulaire	Courriel		
Nom de l'employeur actuel					

*Votre numéro d'adhésion à OMERS est indiqué sur votre Relevé de rente ou sur tout autre relevé personnel envoyé par OMERS

Indiquez la date de votre invalidité (votre dernier jour travaillé)

SECTION 2 - DISABILITY EXONÉRATION DES PRIMES EN RAISON D'INVALIDITÉ

Si vous bénéficiez de l'exonération des primes en raison d'invalidité, précisez quand vous voulez que l'exonération prenne fin

SECTION 3 - AUTORISATION DE RENONCIATION À UNE PRESTATION D'INVALIDITÉ

Je comprends que je peux choisir de toucher une prestation d'invalidité d'OMERS aussi longtemps que je suis totalement invalide.

Je décide cependant de retirer ma demande de cette prestation ou d'annuler ma prestation d'invalidité actuelle.

Je comprends que je renonce au droit à une rente d'invalidité ou à l'exonération des primes en raison d'invalidité d'OMERS maintenant ou à l'avenir pour la période d'invalidité débutant à la date indiquée à la section 1.

Signature du participant

Date (m/j/a)

Signature du témoin

Date (m/j/a)