OMERS

Directive à l'administrateur

Formulaire requis par la Loi sur les régimes de retraite pour tout transfert de valeur de rachat immobilisée

Remplissez ce formulaire prévu par la Loi sur les régimes de retraite (LRR) de l'Ontario pour transférer la valeur de rachat de votre prestation d'OMERS à un REER immobilisé, un CRI, une rente ou un régime de retraite agréé (RRA).

Remplissez les sections 1, 2 et 3. L'établissement financier ou le régime de retraite auquel vous transférez votre prestation remplit la section 4.

La partie D doit être remplie avant que nous puissions traiter votre transfert.

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 les communications sécurisées, 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 DEMANDEUR

Numéro d'assurance sociale				Date de naissance (m/j/a)
Prénom	Second prénom	Nom		
App./Unité	Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone à domicile	Téléphone cellulaire	Courriel		

SECTION 2 DIRECTIVE

Conformément à l'article 42 de la Loi sur les régimes de retraite (LRR) de l'Ontario, je transfère la valeur de rachat totale ou partielle de ma rente de retraite.

De : OMERS, 900-100, rue Adelaide Ouest, Toronto, ON M5H 0E2

À : (veuillez cocher et remplir un des choix ci-dessous)

☐ **Régime de retraite agréé**

Nom du régime de retraite			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Numéro d'enregistrement provincial ou fédéral (le cas échéant)	Numéro d'enregistrement de l'ADRC (le cas échéant)	

☐ **REER immobilisé ou CRI** établi conformément à la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada

Nom de l'établissement financier fournissant le REER ou le CRI		Numéro de compte de REER ou de CRI	
Adresse	Ville	Province	Code postal

☐ **Rente** (La compagnie d'assurance nommée ci-dessous constituera une rente viagère en conformité avec la LRR et son règlement d'application, dont le paiement ne commencera pas avant la première date à laquelle le participant aurait eu droit au paiement d'une rente de retraite correspondant à la prestation transférée provenant d'OMERS.)

Nom de la compagnie d'assurance			
Adresse de la succursale de la compagnie d'assurance qui versera la rente	Ville	Province	Code postal

OMERS

Numéro d'assurance sociale

SECTION 3 SIGNATURE DU DEMANDEUR

En signant ci-dessous, j'atteste que je suis un ancien participant d'OMERS et que j'ai droit à une rente de retraite différée d'OMERS.

Mon emploi a pris fin le : Date de la cessation d'emploi (m/j/a)

Signature du demandeur | Date (m/j/a)

Signature du témoin | Date (m/j/a)

SECTION 4 ATTESTATION DU RÉGIME CESSIONNAIRE

À remplir par l'institution financière, le fiduciaire ou l'administrateur avant le transfert des fonds.

Je, Nom de l'administrateur atteste que je suis l'administrateur de Nom de l'institution financière

J'accepte de transférer la valeur de rachat de la rente de retraite de Nom du demandeur provenant d'OMERS.

J'accepte d'administrer les fonds transférés conformément à la Loi sur les régimes de retraite de l'Ontario et à son règlement d'application susceptibles de modification de temps à autre.

Signature de l'administrateur | Date (m/j/a)