OMERS

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 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 PARTICIPANT

Numéro d'adhésion à OMERS*/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		
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*

SECTION 2 DATE DE LA FIN DE L'EXONÉRATION EN RAISON D'INVALIDITÉ (à compléter si vous avez quitté votre emploi)

Si vous avez quitté votre emploi et que vous bénéficiez d'une exonération des cotisations en raison d'invalidité, indiquez la date à laquelle vous souhaitez que votre exonération prenne fin.

Date (m/j/a)

Important! Votre prestation d'OMERS sera déterminée en fonction de votre exonération des cotisations en raison d'invalidité, qui prendra fin à la date que vous aurez choisie, à moins que vous ne choisissiez de commencer à recevoir une rente, auquel cas la date à laquelle votre exonération prendra fin sera la dernière date du mois que vous aurez choisi. Si vous avez des questions concernant cette date, veuillez communiquer avec OMERS au numéro indiqué ci-dessous.

SECTION 3 AUTORISATION DE RENONCIATION À UNE PRESTATION D'INVALIDITÉ

En apposant la signature ci-dessous :

Je comprends que je peux recevoir une prestation d'invalidité d'OMERS dans la mesure où je suis totalement invalide et que je remplis les autres critères applicables. Cependant, par la présente, je retire ma demande pour toutes les prestations d'invalidité en cours et j'annule toute renonciation à l'invalidité existante à compter de la date indiquée à la section 2. Je comprends que je ne serai pas admissible à recevoir une rente d'invalidité ou une exonération des cotisations en raison d'invalidité d'OMERS maintenant ou à l'avenir.

Important! En signant ci-dessous, vous renoncez au droit de recevoir une rente d'invalidité ou une exonération des cotisations en raison d'invalidité, ou les deux, pour toutes les périodes d'invalidité en cours. Il n'est pas possible de revenir en arrière. Si vous souhaitez demander des prestations d'invalidité d'OMERS pour toute période d'invalidité, veuillez communiquer avec OMERS au numéro indiqué ci-dessous.

Signature du participant _____ Date (m/j/a) _____