OMERS

# Demande de prestation en raison d'espérance de vie réduite

**Remplissez ce formulaire pour retirer la valeur en espèces de votre rente si, en raison d'une maladie ou d'un trouble médical, votre espérance de vie est de moins de deux ans.**

Votre conjoint(e) doit remplir la section 2, dans laquelle il/elle consent au retrait des fonds. Votre médecin doit remplir la section 3.

À partir du moment où vous recevez la prestation en raison d'espérance de vie réduite, vous ne recevrez plus aucune autre prestation d'OMERS. Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec OMERS.

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/LA PARTICIPANT à remplir par le participant et un témoin

| Numéro d'adhésion à OMERS* | Date de naissance (m/j/a) | |
|---|---|---|
| Prénom | Second prénom | Nom |

| App./Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Téléphone à domicile | Téléphone cellulaire | Courriel |
|---|---|---|
| | | |

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

**a. Renseignements sur le conjoint admissible**

☐ Je n'ai **pas** de conjoint admissible d'après la définition qui en est donnée à la page 4 de ce formulaire.

☐ **J'ai** un conjoint admissible d'après la définition qui en est donnée à la page 4 de ce formulaire.

| Nom du conjoint | Second prénom | Nom | Date de naissance (m/j/a) |
|---|---|---|---|
| | | | |

Si vous êtes à la retraite, cette personne était-elle votre conjoint à la date de votre départ à la retraite? ☐ Oui ☐ Non

**b. Renseignements sur l'enfant à charge admissible**

☐ Je n'ai **pas** d'enfant à charge admissible d'après la définition qui en est donnée à la page 4 de ce formulaire.

☐ **J'ai** des enfants à charge admissibles comme défini à la page 4 de ce formulaire.

| Nom de l'enfant | Second prénom | Nom | Date de naissance (m/j/a) | Conforme à la définition d'enfant totalement invalide* |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ Oui ☐ Non |
| | | | | ☐ Oui ☐ Non |

**Consulter la page 4 pour la définition de l'enfant totalement invalide. OMERS peut demander des renseignements médicaux supplémentaires pour étayer la définition de l'enfant totalement invalide.*

**c. Signature : participant et témoin**

En signant et datant ce formulaire en présence d'un témoin, vous convenez que tous les renseignements qui y sont indiqués sont véridiques, complets et exacts. Le témoin ne peut pas être un membre de la parenté du participant qui demande la prestation en raison d'espérance de vie réduite.

Je conviens qu'aucune autre prestation du régime d'OMERS ne sera payable à moi-même, mon conjoint, mes enfants, mes bénéficiaires ou ma succession, que je survive ou non au-delà des prévisions médicales.

Le fait d'élaborer ou d'utiliser sciemment un faux document pour qu'il serve de document authentique constitue une infraction pénale.

En outre, je conviens en toute connaissance de cause de renoncer pour toujours à toutes actions ou causes d'action que je peux ou ai pu avoir dans le passé, le présent ou à l'avenir, que j'en ai ou non connaissance et que je les ai prévues ou non. Cette renonciation me liera personnellement ainsi que mon conjoint, mes héritiers, mes représentants personnels, mes cessionnaires, mes enfants et leur tuteur, le cas échéant.

| Signature du participant | Date (m/j/a) | Signature du témoin | Date (m/j/a) |
|---|---|---|---|

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS*

**d. Renseignements sur le témoin (en lettres moulées s.v.p.)**

| Prénom | | Second prénom | Nom | |
|---|---|---|---|---|
| App./Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |

## SECTION 2 CONSENTEMENT DU/DE LA CONJOINT(E) à remplir par le conjoint nommé à la section 1

En tant que conjoint du participant à OMERS qui demande une prestation en raison d'espérance de vie réduite, vous n'êtes pas obligé de signer cette demande. **Il est dans votre intérêt de consulter un avocat concernant vos droits et les conséquences juridiques de la signature du consentement.**

Si vous acceptez de signer ce formulaire et qu'après avoir lu le texte du consentement ci-dessous vous considérez qu'il décrit correctement votre situation, veuillez alors, en présence d'un témoin, signer et dater ce formulaire. La durée de validité de votre consentement signé est de 60 jours. Après ce délai de 60 jours, OMERS ne peut pas procéder au traitement de cette demande.

Demandez à votre témoin de signer et de dater ce formulaire, et fournissez les renseignements le concernant.

**Important :** le témoin ne peut pas être le participant à OMERS qui fait la demande d'une prestation en raison d'espérance de vie réduite.

**a. Consentement du conjoint**

Je suis le conjoint du participant nommé à la section 1 de ce formulaire.

Il est entendu que :

le participant demande à OMERS le paiement d'une prestation en raison d'espérance de vie réduite;

le participant ne peut pas recevoir le paiement sans mon consentement;

je ne suis pas obligé d'accorder mon consentement;

tant que les fonds restent chez OMERS, je peux peut-être avoir droit à une rente de conjoint s'il est mis fin à notre relation ou si le participant meurt;

- je perdrai tous mes droits à une rente de conjoint ou à toutes autres prestations du régime OMERS, que le participant survive ou non au-delà des prévisions médicales; et
- tous les autres bénéficiaires, y compris les enfants admissibles, perdront tout droit à des prestations du régime OMERS, que le participant survive ou non au-delà des prévisions médicales.

si les fonds sont retirés du régime OMERS conformément à la disposition d'espérance de vie réduite

En signant et datant ce formulaire en présence d'un témoin, je consens à la demande du participant de paiement d'une prestation en raison d'espérance de vie réduite.

En outre, je conviens en toute connaissance de cause de renoncer pour toujours à toutes actions ou causes d'action que je peux ou ai pu avoir dans le passé, le présent ou à l'avenir, que j'en ai ou non connaissance et que je les ai prévues ou non. Cette renonciation me liera personnellement ainsi que mon conjoint, mes héritiers, mes représentants personnels, mes cessionnaires, mes enfants et leur tuteur, le cas échéant.

| Signature du conjoint | Date (m/j/a) | Signature du témoin | Date (m/j/a) |
|---|---|---|---|

**b. Renseignements sur le témoin (en lettres moulées s.v.p.)**

| Prénom | | Second prénom | Nom | |
|---|---|---|---|---|
| App./Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |

## SECTION 3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX à compléter par le médecin du participant (requis pour l'application d une prestation d espérance de vie réduite)

Cette section doit être remplie par un médecin autorisé à exercer conformément aux lois d'une province du Canada ou du lieu de résidence du participant.

OMERS acceptera aussi des copies de formulaires ou de rapports médicaux sur l'état du participant remplis par le médecin de celui-ci en vue de l'obtention d'autres prestations, à condition qu'ils comprennent une déclaration au sujet de l'espérance de vie du participant. Le médecin n'a alors pas besoin de remplir cette section.

Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur la maladie ou le trouble médical du participant (en lettres moulées).

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS*

## SECTION 3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX suite

Diagnostic

Symptômes subjectifs

Constatations objectives (résultats des radiographies ou autres tests, des examens physiques)

Pronostic

Autres renseignements pertinents

**Définition de l'espérance de vie réduite**

*Pour avoir droit à la prestation en raison d'espérance de vie réduite, le participant doit avoir une espérance de vie inférieure à 24 mois.*

Le participant remplit-il les conditions de cette définition? ☐ Oui | Mois d'espérance de vie | ☐ Non

| Nom du médecin | | | Téléphone | |
|---|---|---|---|---|
| Bureau/Unité | Adresse | Ville | Province | Code postal |

Signature du médecin | Date (m/j/a)

## SECTION 4 CERTIFICATION MÉDICALE à remplir par un médecin désigné par OMERS

D'après les renseignements qui m'ont été fournis et conformément à la loi de 2006 sur OMERS, j'atteste que la prestation en raison d'espérance de vie réduite est :

☐ Approuvée ☐ Refusée

Observations

Signature du médecin | Date (m/j/a)

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS*

## DÉFINITIONS

Vous pouvez peut-être transférer la valeur de rachat de votre prestation à un REER. Si vous choisissez cette option, veuillez remplir le *formulaire T2151 – Transfert direct d'un montant unique* fourni sur notre site Internet ou par votre institution financière.

Vous pouvez également retirer votre prestation en espèces conformément à la réglementation de l'Agence du revenu du Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements, communiquez avec OMERS.

### CONJOINT DE FAIT

Pour OMERS, le conjoint de fait est la personne qui vit avec le participant dans une relation conjugale :

- soit de façon continue depuis au moins trois ans;
- soit dans une relation d'une certaine permanence, s'ils sont les parents naturels ou adoptifs d'un enfant, au sens de la *Loi sur le droit de la famille* (Ontario).

### ENFANT À CHARGE ADMISSIBLE

OMERS considère l'une ou l'autre des personnes suivantes comme un enfant admissible :

- un enfant naturel;
- un enfant adopté légalement;
- toute personne que vous avez manifesté l'intention bien arrêtée de traiter comme s'il s'agissait d'un enfant de sa famille (sauf si cette personne est placée, contre valeur, dans un foyer d'accueil par celui qui en a la garde légitime).

Au moment de votre décès, l'enfant admissible doit être à votre charge et être :

- soit âgé de 18 ans ou moins l'année de votre décès;
- soit âgé de moins de 25 ans et être étudiant à temps plein;
- soit totalement invalide.

### CONJOINT ADMISSIBLE

**Conjoint après la date de la retraite**

Si vous avez commencé une relation conjugale après la date de votre départ à la retraite et qu'il n'y a personne qui soit admissible comme votre conjoint à la date de la retraite, OMERS considère que le conjoint légal ou de fait survivant à la date de votre décès est le conjoint admissible aux prestations de conjoint survivant, du moment que vous n'étiez pas « séparés de corps » (voir ci-dessous) et que cette personne n'a pas renoncé à ses droits aux prestations de survivants.

**Conjoint avant la date de la retraite**

Si vous décédez avant le début du service de votre rente, OMERS considère que votre conjoint avant la date de la retraite est la personne admissible aux prestations de conjoint survivant. Votre conjoint avant la date de la retraite est votre conjoint légal ou de fait à la date de votre décès (avant la retraite), du moment que vous n'étiez pas « séparés de corps » (voir ci-dessous) et à condition que cette personne n'a pas renoncé à ses droits aux prestations de survivants.

**Conjoint à la date de la retraite**

Si vous décédez après le début du service de votre rente, OMERS considère que votre conjoint à la date de la retraite est la personne admissible aux prestations de conjoint survivant. Votre conjoint à la date de la retraite est votre conjoint légal ou de fait à la date d'échéance du premier versement de votre rente, du moment que vous n'étiez pas « séparés de corps » (voir ci-dessous) et que cette personne n'a pas renoncé à ses droits aux prestations de survivants.

### CONJOINT LÉGAL

Pour OMERS, le conjoint légal est la personne qui est légalement mariée au participant.

### SÉPARÉ DE CORPS

Il est souvent compliqué de déterminer si deux personnes sont « séparées de corps ». C'est une question à la fois de fait et de droit, qui doit être tranchée en fonction de chaque cas. Il faut parfois faire appel à un avocat.

En règle générale, la séparation physique indique habituellement, mais pas toujours, que deux personnes sont séparées de corps. Cependant, la séparation physique n'est pas toujours une preuve concluante. Il doit y avoir aussi une intention commune ou unilatérale de la part des deux personnes de vivre séparément et de mettre fin à leur mariage ou à leur union de fait. Par exemple, la séparation physique entre des époux résultant du fait que l'un d'eux vit dans une maison de soins infirmiers ne donne pas nécessairement lieu à la conclusion qu'ils sont séparés de corps, du moment qu'ils avaient tous les deux l'intention de voir leur mariage ou leur union de fait se poursuivre malgré l'obstacle physique.

### ENFANT TOTALEMENT INVALIDE

Pour OMERS, un enfant totalement invalide est quelqu'un dont l'invalidité physique ou mentale :

- est survenue avant l'âge de 21 ans, ou de 25 ans s'il est étudiant à temps plein à ce moment-là;
- l'empêche de subvenir à ses propres besoins ou de travailler moyennant rémunération ou profit (sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation ou de travail en atelier agréé par OMERS) ;
- ne résulte pas de blessure auto-infligée délibérément, ni de la perpétration (ou tentative de perpétration) d'un délit prévu par le Code criminel, ni de l'exercice d'une activité professionnelle illicite.