



# 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.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessous. Si vous le transmettez par télécopieur, il est inutile de poster le formulaire original.

Lorsque vous soumettez des renseignements personnels à OMERS, vous consentez à ce que ceux-ci soient utilisés et divulgués aux fins énoncées dans notre Politique de confidentialité et dans toutes les modifications de celle-ci. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation de renseignements personnels, vous pouvez consulter notre Politique de confidentialité au [www.omers.com](http://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
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)

Date (m/j/a)

## 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

Date (m/j/a)

## 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)