OMERS

Renseignements complémentaires pour examen de prestation d'invalidité

OMERS vous demande de remplir ce formulaire pour confirmer que vous avez toujours droit aux prestations d'invalidité.

Soumettez ce formulaire rempli avec le *Formulaire 147 − Rapport médical − Prestations d'invalidité totale d'OMERS*, le cas échéant.

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*			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*

SECTION 2 - AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Avez-vous fait une demande d'indemnité à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?

☐ Oui - Veuillez remplir ce qui suit :

☐ Approuvée | Indemnité mensuelle | ☐ Totale/intégrale ☐ Partielle ☐ Temporaire | Fin de l'indemnité temporaire (m/j/a)

☐ Refusée ☐ En cours d'appel ☐ Approbation en attente

☐ Non - Si une prestation de la CSPAAT vous est accordée à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Avez-vous soumis une demande de prestations conformément au régime d'invalidité de longue durée (ILD) de votre employeur? ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Si oui, recevez-vous toujours des prestations d'ILD?

☐ Oui

☐ Non - Indiquer la date de fin de ces prestations (j/m/a)

Si une prestation d'ILD vous est accordée à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Important : Votre prestation d'ILD pourra changer si vous décidez de toucher une rente d'invalidité d'OMERS. Veuillez contacter votre employeur pour obtenir plus de précisions.

Avez-vous soumis une demande de prestations d'invalidité au Régime de pensions du Canada (RPC)? ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

Si oui, recevez-vous toujours des prestations du RPC?

☐ Oui

☐ Non - Indiquer la date de fin de ces prestations (j/m/a)

Si une prestation d'ILD du RPC vous est accordée à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

SECTION 3 - SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE

Quelle profession exerciez-vous immédiatement avant votre invalidité?

Emploi

L'emploi que vous occupiez lorsque vous êtes devenu totalement invalide a-t-il pris fin?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous repris le travail à un titre quelconque (p. ex., travail de réadaptation, etc.)?

☐ Oui - Date de retour (m/j/a) Veuillez communiquez avec OMERS ou votre employeur pour obtenir plus de précisions.

☐ Non

SECTION 4 - SIGNATURE DU PARTICIPANT

Signature du participant

Date (m/j/a)