



Rapport médical OMERS – invalidité totale de l'enfant

Utilisez ce formulaire pour aider OMERS à déterminer si l'enfant à charge d'un participant est admissible à une prestation d'OMERS selon la définition d'« enfant totalement invalide » au décès du participant.

OMERS acceptera aussi les copies de formulaires ou de rapports médicaux sur l'état de l'enfant remplis par le médecin de celui-ci en vue de l'obtention d'autres prestations. Dans ce cas, le médecin n'a pas besoin de remplir la section 3 de ce formulaire; cependant, la **Section 4 doit toujours être remplie par le médecin.**

OMERS n'est pas responsable des coûts associés au remplissage de ce formulaire ou à la fourniture de preuves médicales à OMERS.

Remarque importante : Si l'enfant est initialement admissible à la prestation, mais qu'il retourne plus tard au travail, son admissibilité sera annulée. OMERS doit être avisée immédiatement pour éviter tout arriéré potentiel ou toute obligation de remboursement.

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.

Tout renseignement personnel fourni sur ce formulaire peut être utilisé pour mettre à jour votre profil d'adhésion.

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, avec ses modifications successives. Pour obtenir de plus amples renseignements 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 le site www.omers.com.

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT – à remplir par l'enfant, le parent ou le tuteur

Numéro d'adhésion à OMERS ou numéro de référence d'OMERS*	Date de naissance (jj-mm-aa)	Date du décès (jj-m-aa), le cas échéant
Prénom	Second prénom	Nom de famille

* Votre numéro d'adhésion ou numéro de référence d'OMERS est indiqué sur votre relevé ou sur tout autre relevé personnel envoyé par OMERS.

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aa)	
App./bureau	Adresse	Ville	Province	Code postal

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin de l'enfant)

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

OMERS acceptera aussi les copies de formulaires ou de rapports médicaux sur l'état de l'enfant remplis par le médecin de celui-ci en vue de l'obtention d'autres prestations. Le médecin n'a alors pas besoin de remplir cette section.

Veuillez indiquer les précisions demandées ci-dessous sur l'invalidité totale de l'enfant (en caractères d'imprimerie).

Date de début de l'invalidité totale

Date (jj/mm/aa)

Diagnostic

Symptômes subjectifs

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

Pronostic

Autres renseignements pertinents

SECTION 4 – DÉTERMINATION DU MÉDECIN DE L'ENFANT – doit être remplie par le médecin de l'enfant

Enfant totalement invalide

Pour OMERS, un enfant totalement invalide est un enfant :

- dont la déficience physique ou mentale est survenue avant l'âge de 21 ans ou avant celui de 25 ans, alors qu'il étudiait à temps plein;
- dont l'état l'empêche de subvenir à ses propres besoins (c'est-à-dire qu'il ne peut effectuer un travail moyennant rémunération ou profit, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation ou de travail en atelier agréé par OMERS); et
- qui n'est pas devenu invalide par suite de blessure auto-infligée délibérément, ou de la perpétration (ou tentative de perpétration) d'un délit prévu par le Code criminel, ou de l'exercice d'une activité professionnelle illicite.

L'enfant doit être à la charge du participant à la date du décès du participant en raison de l'affection.

Considérez-vous l'enfant comme totalement invalide comme défini ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

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

Signature du médecin

Date (jj/mm/aa)