OMERS

Rapport médical - Prestations d'invalidité totale d'OMERS

Remplissez ce formulaire pour fournir à OMERS des renseignements médicaux nouveaux ou mis à jour.

Après réception de ce formulaire, OMERS déterminera si vous avez droit ou continuez d'avoir droit à une prestation d'invalidité. Votre employeur peut être contacté pour obtenir toute information ou éclaircissement concernant votre période de congé.

OMERS acceptera aussi les 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. Le cas échéant, le médecin n'a pas besoin de remplir la Section 3 du présent formulaire.

Remarque à l'intention des participants et des médecins : OMERS n'est pas responsable des coûts associés au remplissage de ce formulaire ou à la fourniture de documents médicaux à 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 PARTICIPANT (à remplir par 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		
Nom de l'employeur actuel		Emploi		

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

SECTION 2 CHOIX DU PARTICIPANT (à remplir par le participant)

REMARQUE : Votre formulaire de choix signé est requis pour toute demande d'invalidité signalée par votre employeur. Si vous avez déjà signé et soumis votre formulaire de choix à OMERS, vous n'avez pas besoin de remplir la Section 2 du présent formulaire.

En signant et en datant le présent formulaire, vous demandez à OMERS de traiter votre demande d'exonération des prestations d'invalidité.

Je comprends qu'OMERS procédera à des examens réguliers, notamment en demandant des renseignements médicaux nouveaux ou mis à jour, afin de déterminer si vous êtes admissible ou continuez d'être admissible à une prestation d'invalidité totale d'OMERS.

Votre signature _____ Date (m/j/a) _____

SECTION 3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin du participant)

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 des formulaires ou de rapports médicaux concernant l'état du participant 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 du participant (en lettres moulées).

Date de l'invalidité totale : Date (m/j/a)

Date à laquelle l'invalidité totale du participant a affecté sa capacité à travailler : Date (m/j/a)

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

Diagnostic

Symptômes subjectifs

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

Pronostic

Autres renseignements pertinents

Exonération des cotisations en raison d'invalidité – 24 premiers mois

Pour avoir droit à l'exonération des primes en raison d'invalidité, le participant doit être atteint d'une déficience physique ou mentale ***au cours*** *des 24 premiers mois de l'invalidité qui l'empêche totalement d'accomplir les fonctions normales de la profession qu'il exerçait immédiatement avant la date de l'invalidité.*

Le participant fait-il l'objet d'une restriction ou d'une limitation qui l'empêche d'effectuer pleinement ses tâches habituelles? Si oui, indiquez les restrictions et les limitations ainsi que les délais correspondants : ☐ Oui ☐ Non

À quel moment estimez-vous que le participant pourra reprendre pleinement son travail habituel? Date (m/j/a)

OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

Exonération des cotisations en raison d'invalidité – après 24 premiers mois (à partir de la date de l'invalidité)

*Pour avoir droit à l'exonération des primes en raison d'invalidité, le participant doit être atteint d'une déficience physique ou mentale qui l'empêche totalement d'accomplir **tout** travail moyennant rémunération ou profit qu'il est apte à accomplir, ou peut raisonnablement le devenir, compte tenu de son instruction, sa formation ou son expérience.*

Le participant fait-il l'objet d'une restriction ou d'une limitation qui l'empêche d'effectuer **toute** tâche? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, indiquez les restrictions et les limitations ainsi que les délais correspondants :

À quel moment estimez-vous que le participant pourra reprendre **tout travail ?**

Date (m/j/a)

Rente d'invalidité

Pour être admissible, le participant doit avoir une incapacité physique ou mentale qui l'empêche totalement d'effectuer tout travail rémunéré ou tirer profit de celui-ci, ou peut devenir de façon raisonnable, qualifié pour le faire par de l'éducation, de la formation ou l'expérience. Il est prévu de façon raisonnable que cette incapacité dure le reste de sa vie.

Ce participant répond-il à la définition de rente d'invalidité? ☐ Oui ☐ Non

Si c'est le cas, justifiez votre décision en expliquant pourquoi ce participant devrait avoir droit à une rente d'invalidité. Veuillez plus particulièrement expliquer pourquoi on s'attend à ce que le participant ne soit pas en mesure d'effectuer un travail rémunéré pendant le reste de sa vie.

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

Signature du médecin

Date (m/j/a)