



Rapport médical - Prestations d'invalidité totale d'OMERS

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

Après réception de ce formulaire, nous déterminerons si vous avez droit ou continuez d'avoir droit à une prestation d'invalidité.

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. Le médecin n'a alors pas besoin de remplir la section 2 du présent formulaire.

Remarque à l'intention des participants et des médecins : sauf pour les examens facultatifs, OMERS n'est pas responsable des coûts associés au remplissage de ce formulaire ou à la fourniture de preuves médicales à OMERS.

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.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT - (à remplir par le participant)

Numéro d'adhésion à OMERS		Numéro d'assurance sociale		Date de naissance (m/j/a)	
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Autre :	<input type="radio"/> Mme	Prénom	Second prénom	Nom	
App./Unité	Adresse		Ville	Province	Code postal
Nom de l'employeur actuel			Profession		

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

SECTION 2 - 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 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 médecin n'a alors pas besoin de remplir cette section.

Veuillez indiquer les précisions demandées ci-dessous sur l'invalidité du participant (en lettres moulées).

Date de l'invalidité (le dernier jour travaillé par le participant)	Date (m/j/a)
---	--------------

Diagnostic

Symptômes subjectifs

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

Pronostic

Autres renseignements pertinents

Lesquelles des définitions suivantes s'appliquent-elles ou ne s'appliquent-elles pas à ce participant?

Exonération des primes 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 remplit-il les conditions de la définition de l'invalidité – exonération des primes en raison d'invalidité? Oui Non**Exonération des primes en raison d'invalidité – après 24 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 remplit-il les conditions de la définition de l'invalidité – exonération des primes en raison d'invalidité après 24 mois? Oui Non**Rente d'invalidité**

Pour avoir droit à une rente 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. On doit pouvoir aussi raisonnablement s'attendre à ce que l'invalidité persiste jusqu'à la fin de sa vie. (En cas d'invalidité du participant antérieure à 1992, veuillez nous téléphoner car cette définition ne s'applique pas à un tel cas.)

Le participant remplit-il les conditions de la définition de l'invalidité – rente d'invalidité? Oui Non

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

Signature du médecin

Date (m/j/a)