



# Renseignements complémentaires pour examen de prestation d'invalidité

Utilisez ce formulaire pour vérifier que vous êtes toujours admissible à recevoir une prestation d'invalidité. Veuillez compléter toutes les informations.

Envoyer le formulaire rempli accompagné du *Formulaire 147 – Rapport médical - Prestations d'invalidité totale* 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
Téléphone		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 ci-dessous :

Approuvée

Indemnité mensuelle

Totale/intégrale

Partielle

Temporaire

Fin de la prestation temporaire (m/j/a)

Refusée

En cours d'appel

Approbation en instance

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

Avez-vous fait une demande de prestation conformément au régime d'assurance invalidité de longue durée (ILD) de votre employeur?

Oui - Veuillez remplir ci-dessous :

Approuvée

Touche une prestation

Cessation de la prestation le

Date (m/j/a)

Refusée

En cours d'appel

Approbation en instance

Non - 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 vous adresser à votre employeur pour plus de précisions.

**SECTION 3 - SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE**

Quelle profession exerciez-vous immédiatement avant votre invalidité?

Profession

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

- Oui
- Non

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

- Oui -
- Non

Date de votre retour (m/j/a)

Pour des précisions, adressez-vous au Service à la clientèle d'OMERS

**SECTION 4 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

Veillez préciser les types de travail que vous avez faits ces 10 dernières années. Ces renseignements serviront à déterminer la continuité de votre admissibilité à la prestation d'invalidité.

--

**SECTION 5 - ÉDUCATION**

Veillez indiquer les programmes ou cours que vous avez suivis et les diplômes qui vous ont été décernés pour chacun.

	Programme ou cours	Diplôme
Études secondaires		
Formation professionnelle ou technique		
Collège		
Université		
Autre		
Autre		

**SECTION 6 - SIGNATURE DU PARTICIPANT**

Signature du participant

Date (m/j/a)