



# Rapport médical d'OMERS - invalidité totale de l'enfant

**Ce formulaire a pour but d'aider OMERS à déterminer l'admissibilité d'un enfant à charge d'un participant décédé à une prestation d'OMERS conformément à la définition d'«enfant totalement invalide».**

OMERS acceptera aussi des 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 la section 2 du présent formulaire.

OMERS n'est pas responsable des frais engagés en complétant ce formulaire ou en fournissant 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.

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 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 DÉCÉDÉ- doit être remplie par l'enfant, son père ou sa mère, ou son tuteur

Numéro d'adhésion à OMERS/Numéro de référence d'OMERS*		Numéro d'assurance sociale du participant		Date de naissance (m/j/a)	Date du décès (m/j/a)
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre :	Prénom		Second prénom	Nom	

\*Votre Numéro d'adhésion à OMERS/Numéro de référence d'OMERS est indiqué sur le Relevé de rente ou sur tout autre relevé personnel envoyé par OMERS

## SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Numéro d'assurance sociale de l'enfant		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

## SECTION 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - doit être remplie 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 des 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 la présente section.

Veuillez indiquer en caractères d'imprimerie lisibles les précisions demandées ci-dessous sur la nature de l'invalidité de l'enfant.

Date du début de l'invalidité totale	Date (m/j/a)
--------------------------------------	--------------

Diagnostic


## Symptômes subjectifs


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


## Pronostic


## Autres renseignements pertinents


**Enfant totalement invalide**

Pour OMERS, un enfant est totalement invalide :

- si sa 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; et
- si son état l'empêche de subvenir à ses propres besoins ou de travailler moyennant rémunération ou profit (sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation ou de travail en atelier agréé par OMERS); et
- s'il 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.

\*Si le participant est décédé avant le 1er janvier 2005, la période d'admissibilité prend fin à l'âge de 21 ans.

Considérez-vous que l'enfant est totalement invalide d'après la définition ci-dessus?

Oui

Non

Nom du médecin			Téléphone	
App./Unité	Adresse	Ville	Province	Code postal

Signature du médecin

Date (m/j/a)