



Certificat d'invalidité totale – 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».

Envoyez le formulaire rempli et signé à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto ON M5J 2P1** ou télécopiez-le au **416-369-9704** ou au numéro sans frais **1-877-369-9704**.

En cas d'envoi par télécopieur, inscrivez le numéro d'assurance sociale du participant ou le numéro de référence OMERS à la partie supérieure de la deuxième page et ne postez **pas** l'original.

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.

La section 1 doit être remplie par l'enfant, son père ou sa mère, ou son tuteur

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DÉCÉDÉ

Numéro d'assurance sociale du participant		Numéro d'adhésion/de référence OMERS (si connu)		Date de naissance (aa/mm/jj)	Date du décès (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :		Nom du participant	Premier prénom	Deuxième prénom	

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Numéro d'assurance sociale de l'enfant		Date de naissance (aa/mm/jj)			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :		Nom de l'enfant	Premier prénom	Deuxième prénom	
Adresse (numéro et rue)			Ville	Province	Code postal

Les renseignements personnels sont obtenus aux fins de l'administration des rentes conformément à l'article 35 de la loi de 2006 sur OMERS. Si vous avez des questions, veuillez vous adresser au Service à la clientèle d'OMERS.

La section 2 doit être remplie par le médecin de l'enfant

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Diagnostic

Symptômes subjectifs

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

Pronostic

--

Numéro d'assurance sociale du participant (pour télécopie)
--

ou

Numéro d'adhésion/de référence OMERS (pour télécopie)

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 1^{er} 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 (en lettres moulées)		Numéro de téléphone ()	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province Code postal
Signature du médecin		Date (aa/mm/jj)	

Les sections 3 et 4 doivent être remplies par OMERS**3. À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR OMERS**

D'après les renseignements qui m'ont été fournis, j'atteste que l'enfant nommé à la section 1,

 était n'était pas totalement invalide le

Date (aa/mm/jj)

Un examen supplémentaire est-il nécessaire? Oui —

Date du prochain examen (aa/mm/jj)

 Non**Commentaires**

Signature du médecin	Date (aa/mm/jj)	Code de l'invalidité
----------------------	-----------------	----------------------

4. APPROBATION

D'après les renseignements fournis et conformément à la loi de 2006 sur OMERS, l'enfant identifié à la section 1 :

 est totalement invalide n'est pas totalement invalide

Signature du signataire autorisé d'OMERS	Date (aa/mm/jj)
--	-----------------

**Téléphone**
416-369-2444
1-800-387-0813**Télécopieur**
416-369-9704
1-877-369-9704**Poste**
1, avenue University
Bureau 700
Toronto ON M5J 2P1**Courriel**
client@omers.com
(en français ou anglais)**Web**
www.omers.com