



Certificat d'invalidité totale

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

Envoyez le formulaire rempli à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto (Ontario) 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 votre numéro d'assurance sociale ou votre numéro d'adhésion à OMERS à la partie supérieure de la deuxième page, et ne postez **pas** l'original.

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.

RÉSERVÉ À OMERS

Date de l'examen (aa/mm/jj)

Type d'examen : Initial Discrétionnaire – avant/après 24 mois Exigé dans 24 mois

Section 1 – à remplir par le participant

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

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.

Section 2 – à remplir par le médecin du participant

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 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 (aa/mm/jj)

Diagnostic

Symptômes subjectifs

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

Pronostic

Autres renseignements pertinents

Numéro d'assurance sociale (pour télécopie)

ou

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

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 (en lettres moulées s.v.p.)		Numéro de téléphone ()	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province Code postal
Signature du médecin	Date (aa/mm/jj)		

Sections 3 et 4 – à remplir par OMERS

3. À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR OMERS

Le participant remplit-il les conditions d'une des définitions suivantes?

Exonération des primes en raison d'invalidité – 24 premiers mois Oui Non

Exonération des primes en raison d'invalidité – après 24 mois Oui Non

Rente d'invalidité Oui Non

Un autre examen sera-t-il nécessaire? Oui — Discrétionnaire ou Dans 24 mois Non

S'agit-il d'une invalidité récurrente? Oui 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, le participant identifié à la section 1 :

est approuvé pour toucher une **rente d'invalidité** n'est pas approuvé pour toucher une **rente d'invalidité**

est approuvé pour bénéficier de l'**exonération des primes en raison d'invalidité** n'est pas approuvé pour bénéficier de l'**exonération des primes en raison d'invalidité**

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