



Renseignements complémentaires pour examen de prestation d'invalidité

Veillez indiquer tous les renseignements demandés dans ce formulaire. Nous en avons besoin pour vérifier si vous êtes toujours admissible à une prestation d'invalidité.

En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que votre numéro d'assurance sociale est bien indiqué à la partie supérieure de toutes les pages, et ne postez pas les originaux.

Veillez envoyer le formulaire rempli accompagné du *Formulaire 147 – Certificat d'invalidité totale* à OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto ON M5J 2P1 ou le télécopier au 416-369-9704 ou au numéro sans frais 1-877-369-9704.

Formulaire à remplir par le participant d'OMERS

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
Numéro de téléphone – le jour ()				

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 :

<input type="checkbox"/> Approuvée	Indemnité mensuelle \$	<input type="checkbox"/> Totale/intégrale	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Temporaire	Fin de la prestation temporaire? (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> En cours d'appel	<input type="checkbox"/> 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 :

<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Je touche une prestation	<input type="checkbox"/> Cessation de la prestation le	Date (aa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> En cours d'appel	<input type="checkbox"/> 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.

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 — Pour des précisions, adressez-vous au Service à la clientèle d'OMERS ou à votre employeur.
 Non

Numéro d'assurance sociale (pour télécopie)

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.

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		
Autre		

6. SIGNATURE DU PARTICIPANT

Signature du participant	Date (aa/mm/jj)
--------------------------	-----------------