



Renseignements complémentaires pour examen de prestation d'invalidité

OMERS vous demande de remplir ce formulaire pour confirmer que vous avez toujours droit aux prestations d'invalidité.

Envoyez par la poste ou par télécopieur le formulaire avec le *Formulaire 147 - Rapport médical - Prestations d'invalidité totale d'OMERS*, s'il y a lieu, 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.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro d'adhésion à OMERS*			Date de naissance(m/j/a)		
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Autre :	<input type="radio"/> Mme	Prénom	Second prénom	Nom	
App./Unité	Adresse		Ville	Province	Code postal
Téléphone à domicile		Téléphone cellulaire	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 ce qui suit :

Approuvée

Indemnité mensuelle

Totale/intégrale

Partielle

Temporaire

Fin de l'indemnité temporaire (m/j/a)

Refusée

En cours d'appel

Approbation en attente

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

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

Oui

Non

En attente

Si oui, recevez-vous toujours des prestations d'ILD?

Oui

Indiquer la date de fin de ces prestations (j/m/a)

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 contacter votre employeur pour obtenir plus de précisions.

Avez-vous soumis une demande de prestations d'invalidité au Régime de pensions du Canada (RPC)?

Oui

Non

En attente

Si oui, recevez-vous toujours des prestations du RPC?

Oui

Indiquer la date de fin de ces prestations (j/m/a)

Non -

Si une prestation d'ILD du RPC vous est accordée à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

SECTION 3 - SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE

Quelle profession exerciez-vous immédiatement avant votre invalidité?

Emploi

L'emploi que vous occupiez lorsque vous êtes devenu totalement 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 retour (m/j/a)

Veillez contacter le service à la clientèle de OMERS ou votre employeur pour obtenir plus de précisions.

SECTION 4 - SIGNATURE DU PARTICIPANT

Signature du participant

Date (m/j/a)