



OTIP RAEO®

ILD RAEO
125, promenade Northfield Ouest
Waterloo ON N2L 6K4

appeals@otip.com | www.raeo.com

Invalidité de longue durée Déclaration d'appel du membre

Renseignement sur le membre (Écrire lisiblement et en lettres moulées)

Nom (Nom de famille, prénom et initiale du deuxième prénom)

Adresse (numéro, rue et app.)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone à domicile

Numéro de cellulaire

Dossier n °

Adresse électronique

Motifs de votre appel de la décision :

1. Êtes-vous de retour au travail ? Oui Non Sans objet

Si oui :

Si non/sans objet :

Êtes-vous de retour au travail : à temps plein à temps partiel

Avez-vous continué à travailler ? Oui Non Sans objet

Date de retour au travail (jj/mm/aaaa):

Si non, quand avez-vous quitté votre travail ? (jj/mm/aaaa)

2. Recevez-vous ou gagnez-vous d'autres revenus ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

3. Quels sont vos restrictions, limitations et symptômes actuels ? (veuillez utiliser une page séparée si vous avez besoin de plus d'espace)

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou êtes-vous en attente d'une intervention chirurgicale ? Veuillez indiquer le type de chirurgie et la date à laquelle elle a été effectuée ou est prévue.

Type d'intervention chirurgicale (jj/mm/aaaa) :

Date prévue de l'intervention chirurgicale (jj/mm/aaaa) :

Date de la réalisation de l'intervention chirurgicale (le cas échéant (jj/mm/aaaa) :

5. Y a-t-il eu des changements relatifs à vos fournisseurs de soins ou à la fréquence de vos traitements depuis la date à laquelle votre demande a été refusée ou résiliée ? Si oui, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du fournisseur soins	Spécialisation	Adresse	Premier rendez-vous (jj/mm/aaaa)	Dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)

6. Veuillez fournir une liste de vos médicaments actuels (ou joindre vos dossiers pharmaceutiques) :

Nom du médicament	Posologie	Date de début : (jj/mm/aaaa)	Médecin prescripteur ou prescriptrice :

Attestation et autorisation

Remarque : Nous avions auparavant convenu des autorisations ci-dessous dans le cadre de votre demande de prestations d'ILD signée. Pour poursuivre votre appel, veuillez lire les déclarations d'attestation et d'autorisation et signer au bas des deux pages.

J'atteste que les renseignements qui figurent sur ce formulaire, ainsi que toute déclaration écrite ou verbale que je pourrais fournir ultérieurement, sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je comprends que les administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et OTIP/RAEO Benefits Incorporated (le « RAEO ») et son assureur feront des recherches en rapport avec ma demande de prestations et ils pourraient avoir besoin de renseignements personnels me concernant, notamment des renseignements sur mes activités, mon revenu, mon emploi, mon éducation et ma formation, ma santé, mes antécédents médicaux et mon traitement, y compris les notes cliniques (choses que nous appelons collectivement dans cette autorisation « les renseignements »).

J'autorise le RAEO et ses prestataires de services à recueillir, utiliser et conserver les renseignements nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion du régime d'assurance et de vérification, et pour l'étude et la gestion de ma demande de prestations, y compris des évaluations médicales indépendantes (choses que nous appelons collectivement dans cette autorisation « les fins »), et de les communiquer à toute personne physique ou organisation qui possède des renseignements à mon sujet, y compris tout administrateur de régime, promoteur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, consultant médical, pharmacie et tout autre établissement lié à la médecine, fournisseur de services de réadaptation, assureur, réassureur, organisme d'enquête, administrateur de prestations gouvernementales ou d'autres programmes de prestations, et le Bureau de renseignements médicaux.

J'autorise le RAEO à recueillir, utiliser et conserver les renseignements de mon employeur qui sont pertinents pour l'administration de ma demande et pour la planification et la gestion de ma réadaptation ou de mon retour au travail. J'autorise également le RAEO à divulguer à mon employeur des renseignements relatifs à l'état de ma demande et à la nature générale de mon état de santé, mon pronostic, mes restrictions et mes limitations aux fins de la planification et de la gestion de ma réadaptation ou de mon retour au travail.

J'autorise le RAEO à évaluer ma demande d'exonération de la prime d'assurance vie collective, le cas échéant, en utilisant les renseignements fournis dans le cadre de ma demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD).

Je reconnais que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ou que si on soupçonne de la fraude ou une utilisation abusive des dispositions du régime, il pourrait s'ensuivre le refus de ma demande de prestation et la résiliation de ma couverture.

J'accepte de rembourser les fonds que je pourrais devoir au RAEO conformément aux dispositions du régime du RAEO, et j'autorise le RAEO à déduire ces fonds de mes prestations.

J'autorise le conseil du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RREO) ou le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) à divulguer au RAEO tous renseignements personnels concernant les prestations de retraite qu'il contrôle ou a sous sa garde. J'autorise une telle divulgation annuellement et au besoin.

Je conviens que mon consentement est valide pour la durée de ma demande de prestations, mais qu'à des fins d'audit, il est valide pour la durée du régime.

Je donne à une photocopie ou à une version électronique de cette autorisation la même valeur que l'original.

Je sais que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web www.raeo.com ou demander d'en recevoir un exemplaire.

Signature du membre

Date (jj/mm/aaaa)

Autorisation de communiquer par courriel

Le respect de votre vie privée et la protection de vos renseignements personnels sont des éléments importants de nos pratiques ; les administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et OTIP/RAEO Benefits Incorporated (le « RAEO ») prennent des précautions lorsqu'ils communiquent des renseignements personnels. Il est tout aussi important de vous aviser des risques inhérents à certains types de communications, notamment les courriels. Veuillez lire ce qui suit et signer ce formulaire si vous comprenez les risques associés aux courriels et consentez à utiliser ce mode de communication.

Bien que le courriel soit un moyen de communication rapide et commode, nous ne pouvons pas en garantir la sécurité. En utilisant la communication par courriel pour échanger avec le RAEO, vous comprenez que les courriels peuvent comprendre des renseignements qui permettent de vous identifier, y compris, mais sans s'y limiter, des données personnelles de nature délicate sur votre santé, votre emploi et vos finances.

La communication par courriel présente entre autres, mais sans s'y limiter, les risques suivants :

- La personne qui envoie le courriel pourrait l'adresser par erreur à un autre destinataire ou à une adresse inconnue.
- Les employeurs (p. ex. les conseils scolaires) et les services en ligne peuvent avoir le droit de surveiller, inspecter et/ou conserver les courriels qui circulent par l'intermédiaire de leurs réseaux et de leurs systèmes.
- Un courriel peut être intercepté, modifié, réacheminé, conservé, et utilisé sans l'autorisation ou la connaissance de l'expéditeur ou du destinataire lorsqu'il passe d'un fournisseur de services Internet à un autre.
- L'emploi du courriel pour échanger des renseignements sensibles peut accroître le risque que ces renseignements soient divulgués à des tiers lorsque l'on répond à un courriel ou qu'on le réachemine.
- Un courriel ne peut pas être effacé — même si l'expéditeur et le destinataire détruisent leur copie, il peut en subsister d'autres copies sur un ordinateur ou dans le cyberspace.

En consentant à communiquer par courriel pour parler de questions qui ont trait à votre demande de règlement, vous convenez :

- De nous aviser de tout changement dans vos adresses de courriel.
- De nous aviser, soit en nous envoyant un courriel à partir de l'une des adresses indiquées ci-dessus, soit en nous envoyant un autre type d'avis par écrit, si vous décidez de retirer votre autorisation de communiquer par courriel.
- De dégager le RAEO et ses fournisseurs autorisés de toute responsabilité en cas de pertes, frais, dommages, ou coûts liés aux communications par courriel.

Je comprends et j'accepte d'assumer les risques associés aux communications par courriel et j'autorise le RAEO à communiquer avec moi par courriel à propos de ma demande de règlement.

Signature du membre

Adresse électronique

Date (jj/mm/aaaa)

ENVOI DU FORMULAIRE

Veuillez retourner les documents remplis à l'adresse suivante:

ILD RAEO
125, promenade Northfield Ouest
Waterloo, ON N2L 6K4
appeals@otip.com