

## INSTRUCTIONS ET DOCUMENTS REQUIS

### Assurance vie du participant *(écrire en lettres moulées)*

#### Remplir les pages 2 à 4 de ce formulaire

- Le demandeur doit remplir et signer les pages 2 à 4

#### Cocher pour indiquer quels documents sont fournis :

##### Prestation de MOINS de 300 000 \$

- Original ou copie notariée du certificat de directeur de funérailles et l'avis de décès ou un article sur le décès parus dans un journal (si disponible)

**OU**

- Déclaration du médecin traitant (Règlement d'assurance vie), pages 5 et 6 du présent formulaire

##### Prestation de 300 000 \$ ou PLUS

- Original ou copie notariée du certificat de décès émis par la province

**OU**

- Déclaration du médecin traitant (Règlement d'assurance vie), pages 5 et 6 du présent formulaire

#### Mort accidentelle

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner en cas de mort accidentelle (pages 7 et 8 du présent formulaire)

### Assurance vie des personnes à charge *(écrire en lettres moulées)*

#### Remplir les pages 2 à 4 de ce formulaire

- Le participant doit remplir et signer les pages 2 à 4

#### Cocher pour indiquer quels documents sont fournis :

##### Prestation de MOINS de 300 000 \$

- Original ou copie notariée du certificat de directeur de funérailles et l'avis de décès ou un article sur le décès parus dans un journal (si disponible)

**OU**

- Original ou copie notariée du certificat de décès émis par la province

##### Prestation de 300 000 \$ ou PLUS

- Original ou copie notariée du certificat de décès émis par la province

**OU**

- Déclaration du médecin traitant (Règlement d'assurance vie), pages 5 et 6 du présent formulaire

#### Mort accidentelle

- Déclaration du médecin traitant ou du coroner en cas de mort accidentelle (pages 7 et 8 du présent formulaire)

## EXIGENCES DIVERSES

#### Paiements à un bénéficiaire mineur

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE de l'ordonnance de la cour nommant le tuteur des biens du mineur

#### Paiements à la succession

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE du testament homologué ou des lettres d'administration pour les prestations de 50 000 \$ et plus

#### Bénéficiaire décédé avant le participant

- ORIGINAL ou COPIE NOTARIÉE de la preuve de décès du bénéficiaire décédé

## ENVOYER LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS À L'ADRESSE SUIVANTE :

### Règlements d'assurance vie et invalidité collective du RAEO

125, promenade Northfield Ouest  
Waterloo ON N2L 6K4

[gldclifeclaims@otip.com](mailto:gldclifeclaims@otip.com)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le service des règlements d'assurance vie et invalidité collective du RAEO au 1-800-267-6847.



# DÉCLARATION DU DEMANDEUR (SUITE)

Données sur le ou les demandeurs (À remplir par chacun des demandeurs)

## 1. Identité du demandeur

Nom : Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne décédée (bénéficiaire désigné, fiduciaire, exécuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (si majeur, indiquer « majeur ») : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## 2. Identité du demandeur (s'il y a plus d'un demandeur)

Nom : Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne décédée (bénéficiaire désigné, fiduciaire, exécuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (si majeur, indiquer « majeur ») : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## 3. Identité du demandeur (s'il y a plus de deux demandeurs)

Nom : Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne décédée (bénéficiaire désigné, fiduciaire, exécuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (si majeur, indiquer « majeur ») : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

# DÉCLARATION DU DEMANDEUR (SUITE)

## Déclaration (Chaque demandeur doit signer)

**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 reconnais** que si je fournis des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ma demande de règlement peut être refusée.

**Je demande** par la présente le paiement du produit de l'assurance vie payable à la suite du décès de \_\_\_\_\_.

**Je sais** que le RAEO et son assureur feront des recherches en rapport avec cette demande de règlement et pourraient avoir besoin de renseignements sur la santé de la personne défunte, son emploi, les enquêtes policières et l'autopsie ou le rapport d'enquête du coroner (appelés collectivement « renseignements » dans cette autorisation).

**J'autorise** toute personne physique ou morale, notamment tout employeur, gestionnaire de régime, promoteur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé ou autre établissement lié d'une manière quelconque aux soins de santé, tout assureur, agent de police, coroner et agence d'enquête à divulguer et à échanger des renseignements demandés par le RAEO et son assureur dans le cadre de la gestion du régime d'assurance et de l'étude et de la gestion de cette demande de règlement (les « fins poursuivies »).

**J'autorise** le RAEO, son assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services, à recueillir, utiliser et conserver les renseignements nécessaires aux fins poursuivies, à se les divulguer les uns aux autres et à les divulguer aux personnes ou aux organismes énumérés ci-dessus.

**J'autorise** l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale.

**Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.

**Je sais** que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web [www.raeo.com](http://www.raeo.com) ou demander d'en recevoir un exemplaire.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés dans un dossier de santé à des fins d'assurance. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- ♦ le personnel, les représentants et l'assureur du RAEO, et leurs réassureurs et leurs prestataires de services, dans l'exercice de leurs fonctions;
- ♦ les personnes que vous avez autorisées; et
- ♦ les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Le demandeur assume PERSONNELLEMENT TOUS LES FRAIS exigés pour remplir le présent formulaire.

## VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

### 1. Identité de la personne décédée

Nom : Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date du décès : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Résidence au décès : \_\_\_\_\_

Lieu du décès (s'il s'agit d'un hôpital ou d'un établissement, en préciser le nom) : \_\_\_\_\_

Âge au moment du décès ou date de naissance : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

### 2. Cause du décès

| (N'entrez qu'une (1) seule cause pour chacun des points A, B et C).   | Intervalle entre le début et le décès : |
|---|---|
| <p>A) <b>Maladie ou état morbide ayant directement entraîné la mort</b><br/>(On ne parle pas ici de comment la personne est décédée (p. ex. insuffisance cardiaque, asthénie, etc.), mais bien de la maladie, de la blessure ou des complications qui ont entraîné le décès) :</p> <p><b>Causes antécédentes</b> (états morbides, le cas échéant, ayant entraîné la cause précitée en A. Indiquez la cause sous-jacente en dernier) :</p> | A)                                      |
| B) Attribuable ou résultant de :  | B)                                      |
| C) Attribuable ou résultant de :  | C)                                      |

Autres états morbides importants (ayant contribué au décès, mais non reliés à la maladie ou à l'état morbide à l'origine du décès) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE) (SUITE)

## 3. Antécédents médicaux de la personne décédée

Date des premiers soins dans le cadre de la dernière maladie : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Date des derniers soins dans le cadre de la dernière maladie : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Si le décès est attribuable à un accident, à un homicide ou au suicide, veuillez indiquer lequel et le décrire brièvement :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu enquête?  Oui  Non

A-t-on fait une autopsie?  Oui  Non

Si oui, par qui et quels sont les résultats?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous traité ou avisé la personne décédée au cours des 3 dernières années, avant la dernière maladie?  Oui  Non

À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle reçu, au cours des 3 dernières années, des traitements d'un autre médecin, dans un hôpital ou dans un autre établissement?  Oui  Non

**Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez préciser :**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie ou de la blessure \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## 4. Déclaration

**J'atteste** que les renseignements contenus dans le présent formulaire, et toute déclaration orale ou écrite que je fournirai à l'avenir à l'égard de cette demande de règlement, sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je reconnais** que les renseignements contenus dans le présent formulaire seront conservés dans un dossier d'assurance concernant cette demande de règlement auquel peuvent avoir accès des tiers qui ont été autorisés à y accéder.

**Je reconnais et j'accepte** qu'en signant ce document je consens à la divulgation sans épurement des renseignements qu'il contient au RAEO et à son assureur.

Nom complet du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Diplôme ou titre professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_



Le demandeur assume PERSONNELLEMENT TOUS LES FRAIS exigés pour remplir le présent formulaire.

## VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

1. Identité de la personne décédée

Nom : Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de la blessure : Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Date du décès : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

2. Quelle était la nature précise et l'importance de la blessure? \_\_\_\_\_

---

---

3. Quelle était la cause de décès primaire ou immédiate? \_\_\_\_\_

---

---

4. La personne décédée a-t-elle déjà été traitée pour un état similaire?  Oui  Non

Si **oui**, où et par qui? \_\_\_\_\_

---

---

5. D'autres facteurs ou causes indirectes ont-ils contribué au décès?  Oui  Non

Si **oui**, quels sont-ils? \_\_\_\_\_

---

---

6. La blessure décrite ci-dessous était-elle suffisante pour entraîner la mort, indépendamment de toute autre cause?  Oui  Non

Si **non**, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DU CORONER EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE (SUITE)

7. La personne décédée avait-elle les facultés affaiblies par l'alcool ou les narcotiques au moment de l'accident?  Oui  Non

Si **oui**, veuillez préciser son taux d'alcoolémie et/ou le type de drogue.

Taux d'alcoolémie : \_\_\_\_\_ Type de drogue : \_\_\_\_\_

8. A-t-on fait une autopsie?  Oui  Non

9. Déclaration

**J'atteste** que les renseignements contenus dans le présent formulaire, et toute déclaration orale ou écrite que je fournirai à l'avenir à l'égard de cette demande de règlement, sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je reconnais** que les renseignements contenus dans le présent formulaire seront conservés dans un dossier d'assurance concernant cette demande de règlement auquel peuvent avoir accès des tiers qui ont été autorisés à y accéder. **Je reconnais et j'accepte** qu'en signant ce document je consens à la divulgation sans épurement des renseignements qu'il contient au RAEO et à son assureur.

Nom complet du médecin traitant ou du coroner : \_\_\_\_\_

Diplôme ou titre professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant ou du coroner : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_