



**RAEO**  
125, promenade Northfield Ouest  
CP 218  
Waterloo ON N2J 3Z9

OTIP RAEO®

1.800.267.6847 | www.raeo.com

# Demande d'assurance et preuve d'assurabilité (RAER/Régime des MRA)

### IMPORTANT : (Tout écrire en lettres moulées)

1. Indiquer la couverture souhaitée en cochant (✓) la case appropriée.

PARTICIPANT UNIQUEMENT     PARTICIPANT ET CONJOINT     PARTICIPANT, CONJOINT ET PERSONNES À CHARGE     CONJOINT ET/OU PERSONNES À CHARGE

2. Voir à ce que **TOUTES LES PARTIES** soient remplies.

3. **Si nécessaire, conserver une copie pour vos dossiers.**

### PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE SUR LA PARTICIPANTE OU LE PARTICIPANT

Nom de la participante ou du participant (prénoms et nom de famille)		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province    Code postal
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Numéro d'identification du RAEO	Numéro de régime	Courriel	

### PARTIE 2 : GARANTIES DU PARTICIPANT (INDIQUER LES GARANTIES QUE VOUS DEMANDEZ)

Demande tardive     Augmentation des garanties

Assurance maladie complémentaire :     Personne seule     Famille     Personnes à charge

### PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant (Prénoms et nom de famille)		
Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids _____ kg _____ lb	Avez-vous fumé (cigarette, cigare, pipe, etc.) ou fait usage de tabac d'une façon quelconque au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous pris ou perdu plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, répondre aux questions suivantes :	De combien votre poids a-t-il varié? _____ kg _____ lb	S'agissait-il d'un gain ou d'une perte de poids?
Raison du changement de poids		
Nom du médecin personnel (Prénoms et nom de famille)		
Adresse du médecin personnel (numéro, rue et app.)		Numéro de téléphone du médecin
Ville		Province    Code postal

### PARTIE 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (REPLIR SI VOUS DEMANDEZ L'ASSURANCE POUR CONJOINT.)

Nom du conjoint (Prénoms et nom de famille)			
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone au travail
Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids _____ kg _____ lb	Avez-vous fumé (cigarette, cigare, pipe, etc.) ou fait usage de tabac d'une façon quelconque au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous pris ou perdu plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, répondre aux questions suivantes :	De combien votre poids a-t-il varié? _____ kg _____ lb	S'agissait-il d'un gain ou d'une perte de poids?	
Raison du changement de poids			
Le conjoint a-t-il le même médecin personnel que le participant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si non, indiquer :			
Nom du médecin personnel (Prénoms et nom de famille)			
Adresse du médecin personnel (numéro, rue et app.)			Numéro de téléphone du médecin
Ville			Province    Code postal

## PARTIE 5 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE

Prière de fournir les renseignements demandés sur chaque personne à charge à assurer.

Remplir lorsque l'on demande l'assurance pour personnes à charge.

Nom complet de la personne à charge admissible	Sexe	Étudiant à temps plein?	Lien avec le participant	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille		Poids	
					<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> pi	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Nom du médecin personnel de la personne à charge (Prénoms et nom de famille) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du médecin \_\_\_\_\_

Adresse du médecin personnel (numéro, rue et app.) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Je certifie que le participant et les personnes à charge susmentionnés sont présentement inscrits à un régime d'assurance maladie provincial tel que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario.  Oui  Non

## PARTIE 6 : QUESTIONS D'ORDRE MÉDICAL À PROPOS DES PERSONNES À ASSURER

Répondre à TOUTES LES QUESTIONS ci-dessous au nom de TOUTES les personnes à assurer. Fournir des détails complets pour TOUTE QUESTION dont la réponse est OUI. Si l'espace est insuffisant pour inscrire les détails pour les questions où la réponse est OUI, annexer une feuille signée et datée.

	Participant	Conjoint	Personne à charge
1. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous :			
(a) êtes monté à bord d'un avion à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre de l'équipage, ou avez-vous l'intention de le faire à l'avenir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b) avez participé à des sports dangereux comme la course, la plongée sous-marine, le parachutisme ou à toute autre activité du genre, ou envisagez-vous de le faire à l'avenir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous :			
(a) déjà demandé ou touché des prestations, une indemnité ou une pension en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b) déjà demandé une assurance vie ou maladie qui a été refusée, différée ou modifiée d'une façon quelconque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(c) déjà été absent du travail pour des raisons médicales au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(d) reçu des traitements ou pris des médicaments récemment?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(e) une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(f) des antécédents familiaux de maladies héréditaires ou familiales (p. ex., chorée de Huntington, diabète, maladie cardiaque ou rénale)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous souffert des affections suivantes, consulté un médecin ou reçu un traitement à cet égard :			
(a) douleur de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins, troubles cardiaques, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b) hypertension artérielle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(c) allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(d) troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(e) épilepsie, trouble neurologique (p. ex., sclérose en plaques, maladie de Parkinson)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(f) troubles nerveux ou mentaux, affections émotives telles que l'anxiété ou la dépression?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(g) usage abusif d'alcool ou de stupéfiants?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(h) troubles pulmonaires?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(i) troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(j) cancer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(k) troubles urinaires, rénaux ou des organes génitaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(l) arthrite, rhumatisme ou fibromyalgie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(m) troubles musculaires ou osseux, y compris troubles du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(n) immunodéficience, y compris le SIDA ou le para-sida, tuméfaction ganglionnaire généralisée, tests révélant une exposition possible au virus du SIDA (p. ex., HTLV-III, LAV)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(o) anémie ou autres troubles sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous déjà souffert d'une déficience physique, d'une affection, d'un trouble, ou présenté des symptômes d'affection chronique, notamment du syndrome de fatigue chronique et douleur chronique, dont il n'est pas fait mention ci-dessus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**PARTIE 6 : QUESTIONS D'ORDRE MÉDICAL À PROPOS DES PERSONNES À ASSURER (SUITE)**

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions de la partie 6, veuillez fournir tous les détails.

Si l'espace est insuffisant, utiliser un autre formulaire ou des feuilles distinctes (signer et dater tous les documents).

Numéro de la question	Nom de la personne (prénoms)	Détails ou nom de la maladie	Date et durée (jj/mm/aaaa)	Traitement et résultats (rétablissement ou séquelles)	Nom et adresse des médecins et des hôpitaux

**PARTIE 7 : ATTESTATION ET AUTORISATION**

Je (c'est à dire la participante, le participant, la conjointe, le conjoint ou toute personne à charge ayant la capacité de contracter, selon le cas) certifie que je présente une demande d'assurance (la « couverture ») et que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je comprends que la couverture est assurée par l'entremise d'une société d'assurance collective (l'« assureur »). Je reconnais que si la présente demande contient des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, l'assureur peut refuser ma demande ou mettre fin à ma couverture en tout temps. J'autorise l'assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (les « renseignements ») aux fins de la gestion du régime d'assurance, des contrôles, de l'investigation, du traitement et de la gestion de ma demande et de la tarification médicale (les « fins poursuivies »). J'autorise également le RAEO à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance. Je suis autorisé à consentir à la collecte, l'utilisation, la conservation, l'échange et la divulgation de renseignements au sujet de tout enfant mineur touché par la présente demande de couverture lorsqu'ils sont nécessaires aux fins poursuivies. De plus, toutes les déclarations que je fais ici en mon propre nom s'appliquent également à cet enfant mineur. Je comprends que l'assureur pourrait effectuer des recherches en rapport avec cette demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon éducation, ma formation, ma santé, mes antécédents médicaux et les traitements reçus, y compris les notes cliniques. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages, promoteur de régime, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec le RAEO, l'assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services, les renseignements nécessaires aux fins poursuivies. Je comprends qu'aucune couverture n'entrera en vigueur tant qu'elle n'aura pas été approuvée par le RAEO et par l'assureur. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification du RAEO à des fins d'identification et de gestion. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et les motifs du RAEO et de l'assureur reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la Politique du RAEO sur la protection de la vie privée sur le site Web au [www.raeo.com](http://www.raeo.com), ou celle de l'assureur au [www.manuvie.com](http://www.manuvie.com), ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante ou du participant

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature de la conjointe ou du conjoint  
(nécessaire seulement si ce formulaire contient des renseignements sur l'assurabilité de la conjointe ou du conjoint)

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature des personnes à charge de plus de 18 ans

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

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

- les employés, 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;
- les personnes autorisées par la loi.

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

**ENVOI DE LA DEMANDE****QUESTIONS?**

Une fois remplis, veuillez retourner les documents à l'adresse suivante :

RAEO  
125, promenade Northfield Ouest, C P 218  
Waterloo, ON N2J 3Z9

RAEO  
1-800-267-6847

Services d'assurance du RAEO  
1-866-783-6847