



OTIP RAEO®

Services d'assurance du RAEO
125, promenade Northfield Ouest
C.P. 218
Waterloo ON N2J 3Z9
1.866.783.6847
www.raeo.com

Demande d'assurance et preuve d'assurabilité

IMPORTANT : (Tout écrire en lettres moulées)

1. Consulter le gestionnaire de régime pour connaître le type de couverture offerte au titre du régime. 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 photocopie pour vos dossiers.**

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant (prénoms et nom de famille)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
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)	Date d'embauche (jj/mm/aaaa)
Matricule	Conseil scolaire	Courriel	
Salaire annuel brut	Indiquer votre affiliation : <input type="checkbox"/> AEFO <input type="checkbox"/> OECTA Élé. <input type="checkbox"/> OECTA Sec. <input type="checkbox"/> FEEO <input type="checkbox"/> Personnel de bureau <input type="checkbox"/> Personnel retraité <input type="checkbox"/> FEESO Enseignant <input type="checkbox"/> Personnel administratif <input type="checkbox"/> Personnel de soutien <input type="checkbox"/> Autre _____		

GARANTIES DU PARTICIPANT (Indiquer les garanties que vous demandez)

- Demande tardive Augmentation des garanties
- Assurance maladie complémentaire Personne seule Famille Personnes à charge
- Assurance dentaire* Personne seule Famille Personnes à charge
- *Certaines restrictions peuvent s'appliquer à l'assurance dentaire la première année. Veuillez communiquer avec le gestionnaire de régime afin de connaître les restrictions applicables en cas de demande tardive.
- Assurance vie collective des personnes à charge Numéro de police _____
- Assurance vie de base du participant Numéro de police _____
- Montant actuel d'assurance du participant _____ \$
- Montant additionnel demandé _____ \$
- Assurance invalidité de longue durée Numéro de police _____ Numéro de division _____
- Autre _____

Si vous demandez l'assurance vie de base du participant, vous devez désigner un bénéficiaire. Veuillez remplir un formulaire de désignation de bénéficiaire. Vous trouverez ce formulaire dans le site Web au www.raeo.com.

Si vous demandez l'assurance vie collective des personnes à charge, le bénéficiaire est le participant. Aucun autre formulaire n'est donc requis.

Prenez soin de signer et de dater la dernière page de ce formulaire avant de l'envoyer au RAEO.
Les formulaires incomplets retardent le traitement des demandes.

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

DÉCLARATION SUR LES PERSONNES 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 <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	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"/> lb
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme						
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme						
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme						
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme						

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

Votre conjoint a-t-il fumé (cigarette, cigare, pipe, etc.) ou fait usage de tabac d'une façon quelconque au cours des 12 derniers mois? Oui NonJe 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

ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que je (c'est à dire le participant, le conjoint ou toute personne à charge ayant la capacité de contracter, selon le cas) présente une demande d'assurance (la « couverture ») et que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je comprends que le RAEO a assuré la couverture 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, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et échanger entre eux et avec l'assureur, et avec les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, 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 matricule à des fins d'identification et de gestion et à titre de numéro d'identification. 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 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 ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Signature du participant

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du conjoint (nécessaire seulement si ce formulaire contient des renseignements sur l'assurabilité du conjoint)

Date (jj/mm/aaaa)

Signature des personnes à charge de plus de 18 ans

Date (jj/mm/aaaa)

Le RAEO conservera une copie de ce formulaire de demande dans ses dossiers. L'assureur conservera dans son dossier de santé à des fins d'assurance tout autre renseignement qu'il recueillera ou qu'on lui fournira en vertu de la présente autorisation. L'accès à ces renseignements sera limité :

- à l'assureur, à ses réassureurs et à leurs prestataires de services dans l'exercice de leurs fonctions;
- aux personnes que vous avez autorisées; et
- aux 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. Pour en savoir plus sur les méthodes et les motifs de l'assureur, la Financière Manuvie, reliés à la collecte, l'utilisation, la conservation et la divulgation des renseignements personnels, vous pouvez consulter son site Web au www.manulife.ca ou demander une copie de cette information au promoteur de régime.

ENVOI DU FORMULAIRE

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

Services d'assurance du RAEO

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