



OTIP RAEO®

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

Étudiante ou étudiant à charge

IMPORTANT : (Tout écrire en lettres moulées)

1. La participante ou le participant doit remplir toutes les parties de ce formulaire, sauf indication contraire.
2. Veuillez remplir ce formulaire, le signer et l'envoyer à l'adresse indiquée ci-dessus.
3. Veuillez conserver une copie pour votre dossier.

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 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT À CHARGE

Vous devez **remplir ce formulaire chaque année pour chaque étudiant ou étudiante à charge** qui a dépassé l'âge limite normal indiqué dans votre contrat d'assurance et qui répond à tous les critères définissant un étudiant ou une étudiante à charge au-dessus de l'âge limite normal. L'âge limite normale est indiqué dans votre livret. Selon le contrat d'assurance, une étudiante ou un étudiant à charge au-dessus de l'âge limite normal est quelqu'un :

- qui est votre enfant naturel, adoptif ou en famille d'accueil ou un enfant naturel, adoptif ou en famille d'accueil de votre conjoint ou conjointe;
- qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement accrédité;
- qui est célibataire;
- qui n'occupe pas d'emploi à temps plein;
- qui dépend financièrement de vous ou de votre conjoint ou conjointe.

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

Nom des personnes à charge admissibles (prénoms et nom de famille)	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Début de l'année scolaire (mm/aaaa)	Fin de l'année scolaire (mm/aaaa)	Nom de l'établissement d'enseignement
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin				

PARTIE 3 : ATTESTATION ET AUTORISATION

Je (c'est à dire le participant, 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, ou celle de l'assureur au www.manuvie.com, ou en demandant d'en recevoir un exemplaire.

Signature de la participante ou du participant

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; et
- 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.