



OTIP RAE0®

Services d'assurance du RAE0
125, promenade Northfield Ouest
CP 218
Waterloo ON N2J 3Z9

1.866.783.6847
www.servicesraeo.com

Demande d'assurance et preuve d'assurabilité

IMPORTANT : (Tout écrire en lettres moulées)

1. Consulter l'administrateur du régime pour connaître le type de couverture offerte en vertu 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

Nom du membre (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'emploi (jj/mm/aaaa)
Matricule	Conseil scolaire	Courriel	
Salaire annuel brut	Indiquer votre affiliation : <input type="checkbox"/> AEFO <input type="checkbox"/> OECTA Élem. <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 MEMBRE

Demande tardive

Assurance maladie complémentaire Personne seule Famille Personnes à charge

Assurance dentaire Personne seule Famille Personnes à charge

Vie de base Numéro de police _____

Montant actuel d'assurance du participant _____ \$

Montant additionnel demandé _____ \$

Montant total demandé _____ \$

Vie pour personnes à charge Numéro de police _____

Montant actuel d'assurance du participant _____ \$

Montant additionnel demandé _____ \$

Montant total demandé _____ \$

Assurance invalidité de longue durée Numéro de police _____ Numéro de division _____

Autre _____

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	Lien avec le Participant	Date de naissance <i>(jj/mm/aaaa)</i>	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"/> 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 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 (couverture) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **Je reconnais** que si la présente demande contient des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, on peut refuser ma demande ou mettre fin à ma couverture en tout temps. **J'autorise** le RAEO et son assureur à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (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. **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 susmentionnées. De plus, toutes les déclarations que je fais ici en mon propre nom s'appliquent également à cet enfant mineur. **Je comprends** que le RAEO ou son 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 le RAEO, son assureur, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, les renseignements nécessaires aux fins mentionnées ci-dessus. **Je comprends** qu'aucune couverture n'entrera en vigueur tant qu'elle n'aura pas été approuvée par le RAEO et son 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 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 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)

Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés à un dossier de santé à des fins d'assurance.

Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- ▶ les employés, les représentants et l'assureur du RAEO, et les réassureurs et prestataires de services de l'assureur, 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.

ENVOI DU FORMULAIRE

Une fois remplis, veuillez retourner les documents à l'attention de :

Services d'assurance du RAEO

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