



RAEO
Règlements d'assurance vie et invalidité collective
125, promenade Northfield Ouest
Waterloo, ON N2L 6K4
Tél. : 1 800 267-6847
Télééc. : 1 877 205-6847 | raeo.com

Demande de prestations d'ILD – Déclaration du membre du RAEO

INSTRUCTIONS ET DOCUMENTS REQUIS

Les instructions suivantes vous expliquent :

- Les démarches à prendre pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD).
- Les formulaires à remplir pour aviser le service des règlements d'assurance vie et invalidité collective du RAEO de votre demande.
- Le processus de traitement de votre demande une fois soumise.

Vous pouvez aussi consulter la page www.raeo.com/Assurance-collective/Administration pour en savoir plus sur votre régime d'ILD et votre couverture. Votre gestionnaire de régime peut vous fournir votre code d'utilisateur et votre mot de passe.

La soumission des documents suivants au RAEO est obligatoire pour assurer le traitement de votre demande de prestations d'ILD :

- La déclaration du membre (dûment remplie, signée et datée par vous en tant que membre).
- La déclaration du médecin traitant (dûment remplie, signée et datée par votre médecin ; la copie papier doit être fournie par vous ou directement par votre médecin). Veillez à ce que tous les documents médicaux non expurgés, datés du dernier jour de travail jusqu'à aujourd'hui soient joints à la demande.
- La déclaration du gestionnaire de régime (dûment remplie, signée et datée par votre gestionnaire de régime/ employeur et envoyée au RAEO avec une description de vos tâches).
- Le formulaire d'autorisation de Virement automatique de vos prestations d'invalidité (le cas échéant, formulaire dûment complété, signé et daté par vous en tant que membre).

Il est recommandé de soumettre tous les formulaires au service des règlements d'assurance vie et invalidité collective du RAEO au moins 12 semaines avant la date prévue du début des prestations (si votre demande est acceptée). Le RAEO n'est pas responsable des demandes reçues qui ne sont pas conformes aux exigences du régime.

Veillez envoyer les demandes de prestations d'ILD complètes au service de :

Règlements d'assurance vie et invalidité collective du RAEO

125, promenade Northfield Ouest

Waterloo, ON N2L 6K4

Tél. : 1 800 267-6847

Télééc. : 1 877 205-6847

Par courriel : GL&DCadmin@raeo.com (la confidentialité et la sécurité intégrales ne peuvent être garanties)

Si vous avez des questions à propos de votre demande, veuillez communiquer avec un.e représentant.e du RAEO au 1 800 267-6847.

Vous pouvez remplir ce formulaire en ligne, puis l'imprimer pour le signer et l'envoyer, conformément aux directives.

Pour obtenir de l'aide, consultez la FAQ du RAEO, www.raeo.com/assurance-collective/formulaires.

DÉCLARATION DU MEMBRE

Veuillez répondre honnêtement à toutes les questions. La présentation de formulaires incomplets pourrait entraîner des retards.

Données sur le membre

Prénom : _____ Deuxième prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse à domicile : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Ce numéro est personnel et confidentiel ; le RAEO a la permission de laisser un message vocal relatif à ma demande de prestation. Oui Non

Adresse postale : (si elle diffère) _____

Adresse électronique préférée : _____

(En fournissant votre adresse électronique, vous consentez et autorisez le RAEO à communiquer avec vous par courrier électronique. Vous comprenez que la sécurité des courriels ne peut être garantie, car les informations peuvent être interceptées, corrompues, perdues ou détruites et vous acceptez ces risques.)

Quelle langue préférez-vous pour les communications ? Anglais Français

Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____

Comme preuve d'âge, veuillez annexer une copie de votre certificat de naissance, de votre permis de conduire, de votre acte de baptême ou de votre passeport.

Sexe à la naissance : Femme Homme Pronom préféré : _____

Renseignements sur l'emploi

1. Poste : _____

2. Association : _____

3. Numéro de membre de l'Ordre des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (s'il y a lieu) : _____

4. Conseil scolaire : _____ Niveau (s'il y a lieu) : _____

5. Nom de l'école : _____

6. Poste au dernier jour de travail : _____

Description de vos tâches essentielles dans le cadre de votre journée de travail	Nombre d'heures passées à faire chaque tâche au cours de la semaine	À l'heure actuelle, êtes-vous capable de vous acquitter de ces tâches ?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION DU MEMBRE (SUITE)

7. Expérience antérieure de travail :

Années	Rôles/titre de poste	Employeur	Ville

8. Niveaux d'éducation :

Années	Diplômes	Université/collège	Ville

9. Formation d'apprenti, cours de métier ou autres formations professionnelles :

Certificats d'aptitude professionnelle ou brevets	
Diplômes/certificats	
Formation en milieu de travail/ cours	
Autre	

10. Revenu d'un autre emploi :

Veuillez préciser la source de revenus	Date du début de l'emploi (jj/mm/aaaa)	Date de fin de l'emploi (jj/mm/aaaa)	Salaire mensuel

Renseignements sur la demande

1. Quand votre problème de santé a-t-il commencé ? (jj/mm/aaaa) _____
2. Quelle est la date du dernier jour de travail normal avant le début de votre absence : (jj/mm/aaaa) _____
3. Depuis quelle date votre maladie/blessure vous empêche-t-elle de travailler ? Si la date est différente de votre réponse précédente. (jj/mm/aaaa) _____

DÉCLARATION DU MEMBRE (SUITE)

4. Votre maladie/blessure est-elle le résultat d'un accident de voiture ? Oui Non

Assurance automobile	Nom de l'expert. e en sinistres	Numéro de contrat/ police	Numéro de dossier	Numéro de téléphone/adresse électronique

5. Votre maladie/blessure est-elle liée à votre travail ? Oui Non

6. Avez-vous présenté une demande de prestations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ? Oui Non

7. Recevez-vous, ou allez-vous recevoir, des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ? Oui Non

Veillez nous fournir une lettre d'approbation ou de refus et autres documents à l'appui.

Nom de l'expert. e en sinistres	Dossier n°	Si votre demande est acceptée, le montant des prestations	Si votre demande a été refusée/résiliée, avez-vous fait appel à la décision ?	Où en êtes-vous dans la phase d'appel ?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Comité d'évaluation <input type="checkbox"/> Panel de médecins <input type="checkbox"/> Étude de dossiers médicaux <input type="checkbox"/> Autre

8. Avez-vous déposé une autre demande de prestations d'invalidité/de retraite ? Oui Non

Veillez nous fournir une lettre d'approbation ou de refus et autres documents à l'appui.

Type de garanties (c.-à-d., RPC/RRQ, régime de retraite, assurance individuelle, etc.)	Dossier n°	Si votre demande est acceptée, le montant des prestations	Si votre demande a été refusée/résiliée, avez-vous fait appel à la décision ?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

9. Veuillez décrire votre maladie/blessure, sa cause et son évolution jusqu'à moment présent. Dans le cas d'une blessure, veuillez indiquer la nature de l'accident.

DÉCLARATION DU MEMBRE (SUITE)

10. De quelle façon votre rôle a-t-il été affecté?

11. De quelle façon vos activités quotidiennes ont-elles été affectées?

12. Avez-vous eu cette même maladie/blessure dans le passé? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

13. Avez-vous présenté d'autres demandes de prestations d'invalidité dans le passé? Oui Non

Si oui, indiquez le nom de l'assureur : _____ Dossier n° : _____

Veuillez indiquer les dates : (jj/mm/aaaa) Du : _____ Au : _____

Renseignements sur le traitement

1. Veuillez saisir les noms des prestataires de soins pour votre maladie/blessure. (p. ex., TCC, désintoxication, thérapie de groupe ou de couple, programme de jour à l'hôpital, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

Nom du fournisseur ou de l'établissement	Spécialisation	Date de début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des rendez-vous	Date de votre dernière visite (jj/mm/aaaa)	Progrès

DÉCLARATION DU MEMBRE (SUITE)

2. Quel(s) médicament(s) avez-vous obtenu(s) ?

Médicament(s)

Nom	Posologie initiale et date de début (jj/mm/aaaa)	Posologie actuelle et date d'entrée en vigueur Le cas échéant (jj/mm/aaaa)	Fréquence	Réponse

Cette maladie/blessure a-t-elle nécessité une hospitalisation ? Oui Non

Si oui, indiquez les dates (jj/mm/aaaa) et le nom des hôpitaux :

3. Avez-vous constaté des changements à votre maladie ou votre blessure depuis le début du traitement ?

4. Quels autres traitements ont été recommandés ?

Information sur le retour au travail

1. Avez-vous tenté de reprendre le travail ? Oui Non

Si oui, indiquez les dates : (jj/mm/aaaa) Du : _____ Au : _____
Du : _____ Au : _____

2. Quand croyez-vous pouvoir reprendre le travail ? (jj/mm/aaaa) _____

3. Si vous n'êtes pas en mesure de travailler, qu'est-ce qui vous empêche de le faire ?

DÉCLARATION DE REVENUS (ci-joint autres sources de revenus à déclarer)

- Je consens à aviser le RAEO de tout revenu déclarable :
 - que je reçois ou auquel je deviendrais admissible ;
 - qu'un membre de ma famille reçoit, ou auquel il deviendrait admissible, en raison de mon état de santé pour la période couverte par ma demande de prestations d'invalidité.
- Je consens à donner un tel avis dans les 30 jours civils qui suivent la date où ce revenu m'est versé ou accordé.
- Je reconnais et j'accepte que j'ai l'obligation de rembourser toutes les prestations qui me seraient versées en trop en vertu des dispositions du régime en raison de mon admissibilité à d'autres revenus. J'accepte de rembourser les prestations que j'aurai touchées en trop dès qu'on m'informera de l'existence d'un versement excédentaire.

Initiales _____

VIREMENT AUTOMATIQUE DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ (Ce service est sous réserve d'approbation de votre demande).

Le virement automatique est un service commode, sécuritaire et gratuit qui permet de déposer vos prestations d'invalidité du RAEO directement dans votre compte chèques/d'épargne. Il peut faciliter la gestion de vos finances et vous assurer que vous recevez votre argent à temps, sans perturbation de service ni délai de la poste.

Vous pouvez obtenir le formulaire de virement automatique à partir de notre site Web www.raeo.com/group-benefits/formulaires, du site Web de votre institution Financière ou nous envoyer une photo/image numérisée d'un chèque portant la mention « nul ». Si ces données bancaires ne sont pas fournies, nous utiliserons celles fournies au programme d'intervention précoce du RAEO (le cas échéant).

Initiales _____

COMMUNICATION DE TIERCE PARTIE

Si vous consentez à ce que le RAEO divulgue des détails de votre demande de prestations à d'autres personnes (p. ex. conjointe, conjoint, membre de la famille, représentant syndical), veuillez l'indiquer ci-dessous :

Je donne mon consentement et mon autorisation au RAEO de divulguer les détails de ma demande de prestations d'invalidité de longue durée aux personnes indiquées ci-dessous :

Prénom et nom		Relation		Téléphone	
Prénom et nom		Relation		Téléphone	

Si je décide que je ne veux pas que le RAEO divulgue de renseignements aux personnes susmentionnées, je reconnais qu'il me revient d'en aviser le RAEO par écrit.

Initiales _____

ATTESTATION ET AUTORISATION

Les demandes frauduleuses entraînent des hausses de coût pour tous les membres du régime. Le RAEO vérifiera l'exactitude des informations fournies à l'appui de votre demande.

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 comprends que les administrateurs du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants de l'Ontario et OTIP/RAEO Benefits Incorporated (le « RAEO ») et son assureur feront des recherches en rapport avec ma demande de prestations et ils pourraient avoir besoin de renseignements personnels me concernant, notamment des renseignements sur mes activités, mon revenu, mon emploi, mon éducation et ma formation, ma santé, mes antécédents médicaux et mon traitement, y compris les notes cliniques (choses que nous appelons collectivement dans cette autorisation « les renseignements »).

J'autorise le RAEO et ses prestataires de services à recueillir, utiliser, conserver les renseignements nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion du régime d'assurance et de vérification, et pour l'étude et la gestion de ma demande de prestations, y compris des évaluations médicales indépendantes et, le cas échéant, l'évaluation de l'exonération de la prime de l'assurance vie (choses que nous appelons collectivement dans cette autorisation « les fins »), et de les communiquer à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements à mon sujet, y compris tout administrateur de régime, promoteur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, consultant médical, pharmacie et tout autre établissement lié à la médecine, fournisseur de services de réadaptation, assureur, réassureur, organisme d'enquête, administrateur de prestations gouvernementales ou d'autres programmes de prestations, et le Bureau de renseignements médicaux.

J'autorise le RAEO à recueillir, utiliser et conserver les renseignements de mon employeur qui sont pertinents pour l'administration de ma demande et pour la planification et la gestion de ma réadaptation ou de mon retour au travail. J'autorise également le RAEO à divulguer à mon employeur des renseignements relatifs à l'état de ma demande et à la nature générale de mon état de santé, mon pronostic, mes restrictions et mes limitations aux fins de la planification et de la gestion de ma réadaptation ou de mon retour au travail.

Je reconnais que fournir des renseignements faux, incomplets ou trompeurs, ou s'il y a suspicion de fraude ou d'abus du régime, peut entraîner le refus de ma demande et la résiliation de mon assurance.

J'accepte de rembourser toute somme que je pourrais devoir au RAEO conformément aux dispositions du régime (du RAEO), et j'autorise le RAEO à déduire ces fonds de mes prestations.

J'autorise le Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RREO) ou le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) à divulguer au RAEO tous les renseignements personnels concernant les prestations de retraite qu'il contrôle ou a sous sa garde. J'autorise une telle divulgation annuellement et au besoin.

Je conviens que mon consentement est valide pour la période touchée par ma demande de prestations. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation soit aussi valide que l'original. Je sais que je peux consulter la politique sur la protection de la vie privée du RAEO sur le site Web www.raeo.com ou demander d'en recevoir un exemplaire.

Nom de famille du membre (en lettres moulées) : _____ Prénom : _____

Signature du membre : _____ 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 employé. e. s du RAEO, les représentant. e. s du RAEO, les prestataires de services, les assureurs et réassureurs (le cas échéant) 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 versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.