



OTIP RAEO®

Service de tarification médicale,
régimes collectifs
Manuvie
CP 1900, succursale C
Kitchener ON N2G 4R4
1.866.783.6847 | www.raeo.com

Personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite

DIRECTIVES : (Tout écrire en lettres moulées)

1. Veuillez consulter votre livret d'assurance pour connaître les conditions d'admissibilité de votre régime.
2. Veuillez vous assurer que **toutes les parties** soient remplies, y compris celle qui s'adresse au médecin.
Parties 1, 2, 3 et 5 – À remplir par la participante ou le participant.
Partie 4 – À remplir par le médecin traitant.
3. Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse indiquée ci-dessus.
4. Si nécessaire, conserver une photocopie pour vos dossiers.

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

Nom (prénoms et nom de famille)				
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)	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Numéro d'identification du RAEO	Numéro de police d'assurance maladie et dentaire	Adresse de courriel		
Conseil scolaire	Promoteur de régime	Numéro de régime	Site / catégorie (s'il y a lieu)	

PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE

Nom de la personne à charge (Prénoms et nom de famille)		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Adresse (si elle diffère de celle du participant)		Ville	Province	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Lien avec le participant		

PARTIE 3 - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À CHARGE HANDICAPÉE

1. La personne à charge handicapée vit-elle sous votre toit à longueur d'année? Oui Non
Si non, veuillez expliquer.
2. La personne à charge handicapée a-t-elle déjà exercé un emploi? Oui Non
Si oui, veuillez préciser la date d'emploi la plus récente et décrire le genre d'emploi exercé.

Début d'emploi (jj/mm/aaaa)	Fin d'emploi (jj/mm/aaaa)	Heures par semaine	Genre d'emploi exercé
-----------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------
3. La personne à charge handicapée a-t-elle fait des études? Oui Non
Si oui, veuillez fournir tous les détails.

Date la plus récente (jj/mm/aaaa)	Heures par semaine	Genre d'école
-----------------------------------	--------------------	---------------
4. La personne à charge handicapée a-t-elle droit à :
 - a) des prestations d'un régime de l'État? Oui Non
 - b) des prestations d'invalidité, d'assurance maladie ou dentaire au titre d'un autre contrat collectif? Oui Non
Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions.
5. Êtes-vous le seul soutien de la personne à charge handicapée? Oui Non
Si non, veuillez expliquer.

Si la personne à charge handicapée était couverte auparavant par un autre contrat collectif à titre de personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, veuillez fournir tous les détails.

Nom de l'assureur	Numéro de police	Numéro de certificat	Date où la couverture a pris fin (jj/mm/aaaa)
-------------------	------------------	----------------------	---

PARTIE 4 : DÉCLARATION DU MÉDECIN – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin (Prénoms et nom de famille)		Numéro de téléphone	
Adresse (numéro, rue et app.)	Ville	Province	Code postal
Adresse de courriel		Numéro de télécopieur	

1. Quel est le diagnostic clinique et quels sont la nature et le degré du handicap physique ou mental? Veuillez fournir des précisions.
2. Quand le diagnostic ci-dessus a-t-il été posé? (jj/mm/aaaa)
3. Quelle est la dernière fois où la personne a été examinée? (jj/mm/aaaa)
4. Dans quelle mesure le handicap physique ou mental empêche-t-il la personne d'exercer des activités normales?
5. La personne a-t-elle besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne? Si oui, veuillez donner des détails.
6. Quel genre de travail la personne peut-elle exercer?
7. Veuillez indiquer les dates auxquelles la personne a été incapable de travailler ou de fréquenter l'école à temps plein en raison de l'invalidité.
8. Quel est le pronostic?
9. Considérez-vous cette personne comme totalement invalide? Oui Non
10. S'agit-il d'une invalidité temporaire ou permanente?
11. Avez-vous d'autres remarques ou observations à formuler?

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente partie sont à ma connaissance véridiques.

Signature du médecin traitant

Date (jj/mm/aaaa)

PARTIE 5 : ATTESTATION ET AUTORISATION

Je certifie que je (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 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 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, 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 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)

L'assureur conservera dans son dossier de santé à des fins d'assurance une copie de la présente demande et 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 j'ai 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.