

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant (Prénoms et nom de famille)

Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids _____ kg _____ lbs	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"/> 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 présente une demande d'assurance (couverture) et que les renseignements fournis à mon sujet ou au sujet de mon conjoint et de mes personnes à charge 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 l'Énoncé 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)

Tous les renseignements recueillis par le RAEO en vertu de la présente autorisation seront versés dans 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 :

RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO

125, promenade Northfield Ouest

CP 218

Waterloo ON N2J 3Z9