



OTIP RAEO®

Règlements d'assurance vie et
invalidité collective du RAEO

CP 218
Waterloo ON N2J 3Z9

1.800.267.6847 | www.raeo.com

Demande de versement anticipé du capital-décès

ADMISSIBILITÉ : Le membre doit souffrir d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie d'au plus 12 mois. De plus, on doit lui avoir accordé l'exonération de la prime. L'admissibilité à l'avance est assujettie aux dispositions de la police d'assurance collective.

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS.

1. Information sur le membre du régime et sur la police

1.Nom : Prénoms _____ Nom de famille _____

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Numéro de la police collective : (p. ex. 105123) _____ Site (catégorie) : (p. ex. 123) _____

Numéro d'identification du RAEO : _____

2. Renseignements médicaux

Nom complet du médecin traitant : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Diagnostic actuel : _____

3. Renseignements sur l'avance

Capital assuré de l'assurance vie de base _____ Montant de l'avance demandée : _____

Capital assuré de l'assurance

vie facultative (le cas échéant) : _____ Montant de l'avance demandée : _____

(L'avance ne peut pas dépasser 50 % du capital assuré combiné de l'assurance vie de base et facultative du membre ni 50 000 \$.)

DEMANDE DE VERSEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL-DÉCÈS (SUITE)

Attestation et autorisation

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 reconnais que fournir des renseignements faux, incomplets ou trompeurs peut entraîner le refus de ma demande de règlement et la résiliation de mon assurance.

Je conviens de rembourser au RAEO et à son assureur les fonds et tout intérêt exigible que je pourrais devoir conformément aux dispositions du régime d'assurance collective, et j'ordonne à ma succession d'effectuer un tel remboursement.

J'autorise le RAEO, qui est l'administrateur du régime de ma fiducie, et son assureur à en déduire le montant de mes prestations d'assurance vie.

Je sais que le RAEO et son assureur effectueront des recherches en rapport avec cette demande.

J'autorise toute personne physique ou morale qui détient des renseignements relatifs à la présente demande, notamment tout employeur, administrateur de régime, promoteur de régime, professionnel de la santé, établissement de soins de santé, pharmacie ou autre établissement lié d'une manière quelconque aux soins de santé, fournisseur de services de réadaptation, assureur, administrateur de régimes de l'État ou d'autres programmes de prestations, agence d'enquête ainsi que le Bureau de renseignements médicaux, à divulguer et à échanger des renseignements demandés par le RAEO et son assureur dans le cadre de la gestion du régime d'assurance collective ou de l'étude de ma demande.

J'autorise le RAEO, son assureur, leurs réassureurs et leurs prestataires de services à recueillir, utiliser et échanger entre eux ou avec les personnes physiques ou morales susmentionnées tous les renseignements nécessaires pour administrer le régime, évaluer ma demande, effectuer des contrôles et des investigations et gérer mon dossier (les « fins poursuivies »).

J'autorise la collecte et l'échange de mes renseignements personnels annuellement et quand les parties susmentionnées les demandent.

J'autorise l'utilisation et la communication de mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale.

Je donne à une photocopie ou à une version électronique de cette autorisation la même valeur 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 du demandeur (*en lettres moulées*): _____

Signature du demandeur : _____ **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 j'ai 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.