

Pour souscrire les Garanties d'assurance collective, vous devez être membre d'ERO/RTO. Dans le cas contraire, remplissez le formulaire d'adhésion de membre et retournez-le avec le présent formulaire.

NE PAS REMPLIR – RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

/ /

Proposition d'assurance 2015 pour les Garanties d'assurance collective

Information personnelle (écrire en caractères d'imprimerie)

PRÉNOM (tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance santé provinciale)

NOM DE FAMILLE (tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance santé provinciale)

SEXE

M

F

APP/UNITÉ

ADRESSE – RUE/C.P./R.R.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE (À DOMICILE)

CELLULAIRE

COURRIEL

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

N° D'ASSURANCE SOCIALE

N° DE CARTE D'ASSURANCE SANTÉ PROVINCIALE

NOM DU CONSEIL SCOLAIRE AU MOMENT DE LA RETRAITE (OU NOM DE L'EMPLOYEUR, SI AUTRE QU'UN CONSEIL SCOLAIRE)

DATE DE LA RETRAITE

JOUR MOIS ANNÉE

DÉBUT DE LA RENTE DU RÉGIME DE RETRAITE DES ENSEIGNANTES
 ET DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO (RREO)

JOUR MOIS ANNÉE

Veuillez indiquer votre statut : Enseignant(e)/employé(e) du secteur de l'éducation à la retraite

Conjoint(e)/partenaire survivant d'un membre d'ERO/RTO

Autre employé(e) retraité(e) d'un conseil scolaire (préciser)

Prélèvements de primes sur : ma rente du Régime de Retraite des Enseignantes et des Enseignants de l'Ontario (RREO)

mon compte bancaire; je ne touche pas de rente au titre du RREO (veuillez annexer un chèque ANNULÉ)

mon compte bancaire; je touche une rente actualisée ou différée (veuillez annexer un chèque ANNULÉ)

INFORMATION SUR L'ASSURANCE ACTUELLE

Je suis le (la) participant(e) au régime Mon (Ma) conjoint(e) est le (la) participant(e) au régime (Si vous êtes assuré(e) au titre du régime de votre conjoint(e) actuellement, veuillez inclure une preuve d'assurance)

NOM DU RÉGIME

NOM DE L'ASSUREUR

NUMÉRO D'IDENTIFICATION

RÉGIME ASSURANCE DENTAIRE

Célibataire Couple Famille

DATE D'ÉCHÉANCE

JOUR MOIS ANNÉE

RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

Célibataire Couple Famille

DATE D'ÉCHÉANCE

JOUR MOIS ANNÉE

RÉGIME FRAIS HOSPITALIERS EN CHAMBRE SEMI-PRIVÉE

Célibataire Couple Famille

DATE D'ÉCHÉANCE

JOUR MOIS ANNÉE

JE DÉSIRE SOUSCRIRE LE OU LES RÉGIMES SUIVANTS :

RÉGIME ASSURANCE DENTAIRE

Oui Non

Si oui : Célibataire Couple Famille

RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

Oui Non

Si oui : Célibataire Couple Famille

RÉGIME FRAIS HOSPITALIERS EN CHAMBRE SEMI-PRIVÉE ET SOINS DE CONVALESCENCE

Oui Non

Si oui : Célibataire Couple Famille

Votre protection s'appliquera le jour suivant la cessation de votre protection précédente.

Veuillez remplir et signer l'endos de ce formulaire >>>>>

Si vous avez choisi la protection de couple ou familiale, veuillez fournir l'information suivante :

RAPPORTS AVEC LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

CONJOINT(E)/PARTENAIRE				
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N° CARTE D'ASS. SANTÉ
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE	

EMPLOI :

PERSONNES À CHARGE				
PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N° CARTE D'ASS. SANTÉ
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE	
SI PLUS DE 21 ANS, INDIQUEZ : <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> DÉFICIENCE FONCTIONNELLE			LIEN AVEC LE PARTICIPANT :	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR MOIS ANNÉE	
SI PLUS DE 21 ANS, INDIQUEZ : <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> DÉFICIENCE FONCTIONNELLE			LIEN AVEC LE PARTICIPANT :	

SI ENFANT(S) DE PLUS DE 21 ANS ET ÉTUDIANT(S), NOM DE L'ÉCOLE OU DES ÉCOLES :

COORDINATION DES INDEMNITÉS

La coordination des indemnités peut vous permettre d'obtenir jusqu'à 100 % du remboursement de vos dépenses admissibles. Si vous ou tout autre membre de votre famille avez droit à des prestations médicales en vertu de tout autre régime, veuillez indiquer :

NOM DU MEMBRE DE LA FAMILLE ASSURÉ	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE	PROTECTION <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	TYPE DE PROTECTION <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Hôpital, chambre semi-privée
NOM DE L'ASSUREUR	NUMÉRO DE LA POLICE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION	

- Je préfère que les paiements pour mes demandes de règlement de soins dentaires et/ou de frais médicaux complémentaires soient déposés directement dans mon compte bancaire : Oui Non. Si oui, veuillez inclure un chèque ANNULÉ. Si vous avez fourni une adresse courriel, un avis des dépôts effectués vous sera acheminé par courriel.
- Il est entendu que je dois être membre d'ERO/RTO pour maintenir mes Garanties d'assurance collective d'ERO/RTO en vigueur.
- Par la présente, je souscris une ou des protections au titre des Garanties d'assurance collective d'ERO/RTO et j'autorise le prélèvement et le versement des primes de ma rente du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RREO) et/ou de mon compte bancaire (si applicable) pour ma contribution envers le coût des protections souscrites. S'il y a lieu, un chèque ANNULÉ pour les prélèvements bancaires est inclus.
- Il est entendu que le livret des régimes d'assurance d'ERO/RTO ainsi que les contrats principaux d'ERO/RTO contiendront ou comprendront une politique de confidentialité décrivant la façon dont mes informations personnelles et autres pourraient être recueillies, utilisées et divulguées en rapport avec la gestion des Garanties d'assurance collective d'ERO/RTO ainsi que des contrats principaux d'ERO/RTO, les demandes de règlement et autres fins convenues pour Johnson Inc. (agent, administrateur et payeur des demandes de règlement), le(s) assureur(s), le fournisseur d'assistance voyage, ERO/RTO et toute autre partie concernée.
- Je consens à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation de toute information requise pour la gestion du régime, tel qu'il est décrit dans la politique de confidentialité.
- J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de rapport fiscal et d'identification.
- Par la présente, je déclare que tous les renseignements indiqués au présent formulaire d'ERO/RTO sont exacts et véridiques au meilleur de ma connaissance de sorte qu'ERO/RTO peut s'y fier sans autre vérification.

SIGNATURE DU MEMBRE	JOUR MOIS ANNÉE
SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E)/PARTENAIRE (LE CAS ÉCHÉANT)	JOUR MOIS ANNÉE

RETOURNER DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE AVEC VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION DE MEMBRE À ERO/RTO OU SÉPARÉMENT À :

ERO/RTO, 18, chemin Spadina, bureau 300, Toronto ON M5R 2S7 • 416-962-9463 • 1-800-361-9888 • www.ero-rto.org • info@rto-ero.org

Ce formulaire est disponible sur notre site web : www.ero-rto.org