



Proposition d'assurance pour LES RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE D'ERO/RTO

NE PAS REMPLIR – RÉSERVÉ
À L'USAGE DU BUREAU

/ /

INFORMATION PERSONNELLE (écrire en caractères d'imprimerie)

Nom de famille (tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance santé provinciale)		SEXE		
Prénom (tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance santé provinciale)		<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse – Rue/C.P./R.R.				
App./Unité	Ville	Province	Code postal	
Téléphone (à domicile)		Cellulaire	Courriel	
Date de naissance	JJ	MM	AAAA	
Numéro de carte d'assurance santé provinciale		Numéro d'assurance sociale		
Nom du conseil scolaire/de l'employeur (si autre qu'un conseil scolaire) au moment de la retraite				
Date de la retraite	JJ	MM	AAAA	
Début de la rente du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (RREO) si applicable		JJ	MM	AAAA

- 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)

- Veillez indiquer votre statut :**
- Un(e) employé(e) du secteur de l'éducation à la retraite (préciser) _____
 - Conjoint(e)/partenaire survivant(e) d'un membre d'ERO/RTO

INFORMATION SUR L'ASSURANCE ACTUELLE/PRÉCÉDENTE

- 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 de l'assureur

Numéro de la police

Numéro d'identification

RÉGIME ASSURANCE DENTAIRE

Célibataire Couple Famille

RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

Célibataire Couple Famille

RÉGIME FRAIS HOSPITALIERS EN CHAMBRE SEMI-PRIVÉE*

Célibataire Couple Famille

Date d'échéance

JJ MM AAAA

Date d'échéance

JJ MM AAAA

Date d'échéance

JJ MM AAAA

* Les frais hospitaliers d'une chambre semi-privée pourraient faire partie des garanties du régime de soins de santé complémentaires de votre conseil scolaire. Si tel est le cas, veuillez le préciser ci-dessus.

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 À COMPTER DU JOUR **SUIVANT** LA CESSATION DE VOTRE PROTECTION PRÉCÉDENTE, SI VOUS AVEZ SOUSCRIT L'ASSURANCE DANS LES 60 JOURS SUIVANT LADITE CESSATION.

RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE

Les régimes Frais médicaux complémentaires, Soins dentaires et Frais hospitaliers en chambre semi-privée et soins de convalescence sont souscrits auprès de Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe de compagnies Financière Sun Life, dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant les numéros 141000, 141001, 141002, 141003.

Les garanties d'assurance Annulation et Interruption/retard de voyage sont souscrites auprès de La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS et sont administrées par Allianz Global Assistance dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant le numéro FC310039. Allianz Global Assistance est une dénomination commerciale de Services AZGA Canada Inc. et de l'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée. Chaque assureur n'est responsable, légalement et financièrement, que pour le paiement des prestations offertes dans le cadre du ou des contrats d'assurance qu'il a émis.

Pour le paragraphe Déclaration de confidentialité sur la page suivante, le mot « assureurs » désigne Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et La Compagnie d'Assurance Générale CUMIS.

VEUILLEZ REMPLIR ET SIGNER L'ENDOS DE CE FORMULAIRE

SI VOUS AVEZ CHOISI LA PROTECTION DE COUPLE OU FAMILIALE, VEUILLEZ FOURNIR L'INFORMATION SUIVANTE

CONJOINT(E)/PARTENAIRE

Nom de famille		Prénom	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance JJ MM AAAA	Numéro de carte d'ass. santé	
Emploi			

PERSONNES À CHARGE

Nom de famille	Nom de famille
Prénom	Prénom
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance JJ MM AAAA	Date de naissance JJ MM AAAA
Numéro de carte d'ass. santé	Numéro de carte d'ass. santé
Si plus de 21 ans, indiquez <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle Si étudiant, nom de(s) l'école(s)	Si plus de 21 ans, indiquez <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle Si étudiant, nom de(s) l'école(s)
Lien avec le (la) participant(e)	Lien avec le (la) participant(e)

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	Protection	Type de protection
Date de naissance JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Santé
Nom de l'assureur	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Dentaire
Numéro(s) de la police	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Hôpital, chambre semi-privée
Numéro d'identification		

Veuillez autoriser mon (ma) conjoint(e) à communiquer avec Johnson Inc. pour obtenir tout renseignement concernant cette assurance. J'autorise Johnson à lui divulguer et discuter de tout aspect relatif à notre assurance. Nom de votre conjoint(e) _____

Je préfère que les paiements pour mes demandes de règlement de soins dentaires, de frais médicaux complémentaires et de soins de convalescence soient déposés directement dans mon compte bancaire. Si vous choisissez cette option, 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 régimes d'assurance collective d'ERO/RTO en vigueur.**
- Par la présente, je souscris une ou des protections au titre des régimes 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) (si applicable) et/ou de mon compte bancaire pour ma contribution envers le coût des protections souscrites. S'il y a lieu, un chèque ANNULÉ pour les prélèvements bancaires est inclus. La prime exigible pour un mois d'assurance particulier est perçue à l'avance, le mois précédent.
- Conformément à la Déclaration de confidentialité ci-dessous, il est entendu que mes renseignements personnels pourraient être recueillis, utilisés et divulgués en rapport avec la gestion des régimes d'assurance collective d'ERO/RTO et 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.
- J'autorise Johnson Inc. et ERO/RTO à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de rapport fiscal et d'identification. En outre, j'autorise Johnson Inc. et ERO/RTO à utiliser mon numéro de carte d'assurance santé provinciale à des fins de confirmation d'admissibilité aux régimes.
- Par la présente, je déclare que tous les renseignements indiqués au présent formulaire sont exacts et véridiques au meilleur de ma connaissance de sorte qu'ERO/RTO peut s'y fier sans autre vérification.

Signature du membre	Date JJ MM AAAA
---------------------	-----------------------

Signature du (de la) conjoint(e)/partenaire (le cas échéant)	Date JJ MM AAAA
--------------------------------------------------------------	-----------------------

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements sur mon (ma) conjoint(e) et mes personnes à charge à des fins de détermination d'admissibilité aux protections et de souscription aux régimes d'assurance collective d'ERO/RTO, y compris les services d'orientation connexes. J'autorise Johnson Inc. (administrateur et payeur des demandes de règlement), les assureurs, Best Doctors, le fournisseur d'assistance voyage (Allianz Global Assistance), y compris leurs mandataires et fournisseurs de services respectifs, à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels pertinents me concernant, ou concernant mon (ma) conjoint(e) et mes personnes à charge, qui sont nécessaires à la souscription, le traitement des demandes de règlement et la gestion continue des régimes d'assurance collective d'ERO/RTO et des contrats d'assurance principaux d'ERO/RTO, y compris les services d'orientation connexes, les uns entre les autres et avec ERO/RTO et toute autre partie concernée.

RETOURNER 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/fr • healthbenefits@rto-ero.org

Ce formulaire est disponible sur notre site Web : www.ero-rto.org/fr

Vous devez poster la proposition d'assurance originale. Une proposition d'assurance télécopiée, numérisée ou photocopie ne sera pas acceptée.