

Proposition du RAER

Le régime est administré par le RAEO et l'assurance
est souscrite par la Financière Manuvie.



OTIP RAEO.

Poster à l'adresse suivante :

125, promenade Northfield Ouest, CP 218, Waterloo ON N2J 3Z9

Tél. : 1.800.267.6847 Téléc. : 1.800.346.3842

**Prière d'écrire en lettres moulées
et d'utiliser un stylo à bille.**

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Proposant – Nom	Prénoms
Adresse		App.
Ville	Province	Code postal
Téléphone (domicile) ()	Téléphone (autre) ()	Courriel
Je préfère recevoir toute correspondance en : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/>		
Prénoms (Indiquer le nom de famille s'il diffère de celui du proposant.)	Date de naissance J M A	Sexe
Proposant		
Conjoint/conjointe/partenaire		
Enfant à charge		
Enfant à charge		
Enfant à charge		
<i>Indiquer votre affiliation avant la retraite.</i>		
Genre d'employé		Affiliation
Direction/direction adjointe <input type="checkbox"/>		ADFO <input type="checkbox"/>
		CPCO <input type="checkbox"/>
		OPC <input type="checkbox"/>
Personnel enseignant - sec. <input type="checkbox"/>		AEFO <input type="checkbox"/>
Personnel enseignant - élém. <input type="checkbox"/>		FEEO <input type="checkbox"/>
Personnel de bureau <input type="checkbox"/>		OECTA <input type="checkbox"/>
Personnel administratif <input type="checkbox"/>		FEESO <input type="checkbox"/>
Personne de métier <input type="checkbox"/>		Université/ collège <input type="checkbox"/>
Autre _____		

PARTIE B - ADMISSIBILITÉ

Je souhaite souscrire l'assurance en vertu du RAER à compter du : J 01 M A		
<i>Il y a moins de 60 jours :</i>		
<input type="checkbox"/> J'étais assuré à titre de membre actif en vertu d'un régime collectif d'assurance maladie.*	Date de la fin de l'assurance :	J M A
<input type="checkbox"/> J'étais assuré à titre de membre retraité en vertu d'un régime collectif d'assurance maladie.*	Date de la fin de l'assurance :	J M A
<input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'assurance en vertu d'un régime collectif d'assurance maladie ces 60 derniers jours. Veuillez nous téléphoner pour obtenir un formulaire Demande d'assurance et preuve d'assurabilité.		
*Veuillez indiquer les renseignements sur la police ci-dessous.		
Police/groupe n° : _____	Certificat/matricule n° : _____	
Nom de la compagnie d'assurance : _____		

PARTIE C - CHOIX DE LA COUVERTURE (Choisir RAER Or Élite, RAER Plus, RAER Or ou RAER de base)

RAER OR ÉLITE

Personne seule Couple Famille

Assurance maladie complémentaire _____ \$
(indemnité pour frais de santé à impact catastrophique jusqu'à 65 ans et assurance voyage)
Max. de 500 \$ pour médicaments sur ordonnance

Indemnité de frais d'hospitalisation _____ \$
Max. quotidien : 75 \$ 100 \$ Chambre à deux lits sans limite

Assurance dentaire
Personne seule Couple Famille _____ \$

Prime totale (somme de toutes les options) _____ \$

RAER OR

Personne seule Couple Famille

Assurance maladie complémentaire _____ \$
(avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans et assurance voyage)
 Max. de 500 \$ pour médicaments sur ordonnance Max. de 850 \$ pour médicaments sur ordonnance

Indemnité de frais d'hospitalisation _____ \$
Max. quotidien : 75 \$ 100 \$ Chambre à deux lits sans limite

Assurance dentaire*
Personne seule Couple Famille _____ \$

Prime totale (somme de toutes les options) _____ \$

* Assurance dentaire aussi offerte séparément. Détails à la page 17.

RAER PLUS

Personne seule Couple Famille

Assurance maladie complémentaire _____ \$
(avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans, assurance voyage et indemnité de frais d'hospitalisation en chambre à deux lits sans limite)
Max. de 2 400 \$ pour médicaments sur ordonnance

Assurance dentaire
Personne seule Couple Famille _____ \$

Prime totale (somme de toutes les options) _____ \$

RAER DE BASE

Personne seule Couple Famille _____ \$
(avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans, assurance voyage et indemnité de frais d'hospitalisation de 100 \$ par jour)

Assurance dentaire
Personne seule Couple Famille _____ \$

Prime totale (somme de toutes les options) _____ \$

Pour recevoir chaque année un reçu indiquant les primes payées pour votre assurance maladie et dentaire du RAER, veuillez cocher cette case.

Le RAEO pourrait à l'occasion vous envoyer de l'information sur ses produits et services et certaines publicités. Si vous souhaitez ne rien recevoir, veuillez cocher cette case.

Autorisation : Je demande par la présente l'assurance indiquée ci-dessus et je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je consens à ce que l'on recueille des renseignements personnels et que l'on communique et utilise ces renseignements pour comprendre mes besoins, pour déterminer mon admissibilité au régime et pour me fournir les services courants, pour nous protéger les uns et les autres contre les erreurs et les fraudes et, enfin, pour respecter diverses exigences juridiques. Je suis autorisé à consentir à la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements au sujet de mon conjoint, ma conjointe, mon ou ma partenaire et de tout enfant mineur, s'il y a lieu. Je reconnais que les renseignements qui figurent dans cette proposition seront communiqués à l'assureur qui souscrit le régime.

Signature X _____ Date _____

PARTIE D - MODE DE PAIEMENT

MÉTHODE A - Retenues mensuelles automatiques sur la pension pour les bénéficiaires d'une pension du conseil du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario Je demande par la présente l'assurance au titre du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants retraités du RAEO et j'ordonne au conseil du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario de retenir les primes sur ma pension et de les verser conformément aux dispositions contractuelles. Je consens à la cueillette, l'utilisation et la divulgation de tous les renseignements requis pour l'administration de ce régime, notamment de renseignements personnels tel mon numéro d'assurance sociale. La présente autorisation reste valide jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

Numéro d'assurance sociale _____ Signature X _____ Date _____

MÉTHODE B - Prélèvements automatiques sur le compte J'autorise par la présente le RAEO à prélever les primes sur mon compte le ou vers le premier de chaque mois. Le RAEO peut mettre fin à l'assurance si un prélèvement est refusé pour une raison quelconque et l'institution financière ne saurait être tenue responsable dans une telle éventualité. La présente autorisation reste valide jusqu'à ce que je l'annule par écrit avec 5 jours de préavis. Si un prélèvement n'est pas conforme à cette entente, j'ai certaines voies de recours. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente de PAC. Pour en savoir plus à propos de mes voies de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre sur www.cdnpay.ca.

Genre de compte : Épargne Chèques Courant Autre **Joindre à la proposition un chèque marqué « nul ».**

Compte conjoint exigeant une seule signature? Oui Non **Si deux signatures sont exigées, les deux personnes doivent signer ce formulaire.**

Signature des titulaires de compte : X _____ Signature X _____ Date _____