

Partie C | Choix de la couverture (Choisir l'une des options ci-dessous et fournir les renseignements demandés.)

RAER Or Élite	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	Max. de 500 \$ pour médicaments sur ordonnance	\$
(Indemnité pour frais de santé à impact catastrophique jusqu'à 65 ans et assurance voyage)		
Frais d'hospitalisation	Max. quotidien : <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> Chambre à deux lits sans limite	\$
Assurance dentaire	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
RAER Plus	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	Max. de 2 700 \$ pour médicaments sur ordonnance	\$
(Avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans, assurance voyage et indemnité de frais d'hospitalisation en chambre à deux lits sans limite)		
Assurance dentaire	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
RAER Or	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	<input type="radio"/> Max. de 500 \$ pour médicament sur ordonnance <input type="radio"/> Max. de 1 000 \$ pour médicament sur ordonnance	\$
(Avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans et assurance voyage)		
Frais d'hospitalisation	Max. quotidien : <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> Chambre à deux lits sans limite	\$
Assurance dentaire	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
RAER de base	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	<input type="radio"/> Max. de 750 \$ pour médicaments sur ordonnance	\$
(Avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans, assurance voyage et indemnité de frais d'hospitalisation de 100 \$ par jour)		
Assurance dentaire	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
Assurance dentaire uniquement	<input type="radio"/> Personne seule <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille	\$

Autorisation : Je demande l'adhésion à l'assurance (l'« assurance ») et je certifie par la présente que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise le RAEO et son assureur à recueillir les renseignements personnels pertinents pour ma demande, y compris les renseignements sur ma santé, (les « renseignements »), à les utiliser, les mettre à jour et les communiquer dans le but de déterminer mon admissibilité au régime, d'administrer le régime, de me fournir les services courants, de nous protéger les uns et les autres contre les erreurs et les fraudes et, enfin, de respecter diverses exigences juridiques (« les fins poursuivies »). J'ai l'autorisation de consentir à la collecte, l'utilisation, la mise à jour et la divulgation de renseignements au sujet de mes personnes à charge (mon conjoint, ma conjointe, mes enfants à charge), s'il y a lieu, pour les fins poursuivies. J'accepte que les renseignements fournis dans cette proposition soient communiqués à l'assureur et que l'assurance ne prenne effet qu'une fois que l'assureur l'aura approuvée. Je reconnais que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis à l'appui de cette proposition, l'assurance peut m'être refusée ou prendre fin en tout temps.

Signature X _____ Date _____

Partie D | Choix de l'option 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.
- 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.

Sig nature des titulaires de compte : X _____ X _____ Date _____