



RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES  
ET DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO  
125, promenade Northfield Ouest  
CP 218  
Waterloo ON N2J 3Z9  
Tél : 1.866.783.6847 | Téléc : 1.866.404.6847

# Formulaire de modification Assurance maladie complémentaire et soins dentaires

## Renseignements personnels de base (Obligatoire)

Nom (nom de famille, prénom(s))		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (numéro, rue et app.)			
Ville		Prov.	Code postal
Numéro de téléphone à domicile ( )		Numéro de téléphone au travail ( )	
Courriel		Matricule	
Police n°	Numéro d'identification (indiqué sur votre carte avantages)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'embauche (jj/mm/aaaa)

## Raison du changement (Obligatoire)

Raison du changement : \_\_\_\_\_  
(p. ex., naissance, adoption, changement d'état matrimonial, conjoint de fait admissible, changement à l'assurance du conjoint, etc.)

Date du changement : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Nota : pour les conjoints de fait, indiquer la date du début de la cohabitation.

On doit remplir et signer ce formulaire dans les 31 jours de l'admissibilité au changement aux termes de votre police pour éviter que la participante ou le participant et ses personnes à charge ne soient assujettis aux exigences pour inscription tardive (c.-à-d. déclaration d'état de santé jugée satisfaisante et frais afférents, garanties réduites la première année).

## Garanties à modifier

Assurance maladie :  Famille à Personne seule  Personne seule à Famille

Assurance dentaire :  Famille à Personne seule  Personne seule à Famille

## J'ai changé de nom :

Ancien nom : \_\_\_\_\_

Nouveau nom : \_\_\_\_\_

## Changements concernant les personnes à charge

### Conjoint ou conjointe

	Prénom et nom de famille du conjoint ou de la conjointe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe H - Homme F - Femme
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer			

Quelles sont les garanties dont votre conjoint ou votre conjointe bénéficie chez son employeur?

Assurance maladie :  Personne seule  Famille  Renonciation  Aucune

Assurance dentaire :  Personne seule  Famille  Renonciation  Aucune

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

## Enfants

	Prénom et nom de famille des enfants à charge	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe H - Homme F - Femme	Étudie à temps plein		Invalide	
				Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer							
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer							
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer							
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Supprimer							

## Nota :

Si vous cochez *Oui* pour *Étudie à temps plein* et que la personne à charge a dépassé l'âge limite indiqué dans votre contrat, veuillez remplir le formulaire *Étudiant ou étudiante à charge*. Vous pouvez imprimer ce formulaire à partir du site [www.servicesraeo.com](http://www.servicesraeo.com).

Les enfants d'un conjoint ou d'une conjointe doivent habiter avec la participante or le participant pour être admissibles aux termes du régime.

Si vous cochez *Oui* pour *Invalide*, veuillez communiquer avec les services d'assurance du RAE0 pour connaître les conditions d'admissibilité.

### Convention, attestation et autorisation

Je demande par la présente les modifications décrites ci-dessus à mes garanties et je certifie que les renseignements qui sont consignés dans ce document sont exacts et complets; j'accepte que ces renseignements soient utilisés pour déterminer mes besoins, évaluer mon admissibilité au régime, me fournir régulièrement les services appropriés, nous protéger les uns et les autres contre les erreurs et les fraudes et, enfin, respecter diverses exigences juridiques.

Signature de la participante ou du participant X \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_