

Pour souscrire les protections du Régime collectif d'avantages sociaux, vous devez être membre d'ERO/RTO. Le cas contraire, remplissez le formulaire d'adhésion de membre et retournez-le avec le présent formulaire.

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU N° certificat : / /

Proposition d'assurance pour le Régime collectif d'avantages sociaux 2011

Information personnelle (écrire en caractères d'imprimerie, tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance santé provinciale)

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

SEXE

M

F

ADRESSE – RUE/C.P./R.R.

N° APPT.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

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

DATE DU DÉBUT DE LA RENTE DU RREO

JOUR MOIS ANNÉE

Veillez indiquer votre statut en cochant la case appropriée :

Enseignant(e)/éducateur à la retraite Conjoint(e)/partenaire survivant d'un membre d'ERO/RTO

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

Touche une rente actualisée ou différée (veuillez annexer un chèque nul)

Ne touche pas une rente du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario (veuillez annexer un chèque nul)

Régime Assurance dentaire

Je désire souscrire ce régime Oui Non

Si « oui » :

célibataire couple famille

Date de cessation :

- des garanties du conseil scolaire
 du régime collectif du conjoint(e)/partenaire
 d'un autre régime collectif (préciser)

JOUR MOIS ANNÉE

Régime Frais médicaux complémentaires

Je désire souscrire ce régime Oui Non

Si « oui » :

célibataire couple famille

Date de cessation :

- des garanties du conseil scolaire
 du régime collectif du conjoint(e)/partenaire
 d'un autre régime collectif (préciser)

JOUR MOIS ANNÉE

Régime Frais hospitaliers en chambre semi-privée

Je désire souscrire ce régime Oui Non

Si « oui » :

célibataire couple famille

Date de cessation :

- des garanties du conseil scolaire
 du régime collectif du conjoint(e)/partenaire
 d'un autre régime collectif (préciser)

JOUR MOIS ANNÉE

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

Veillez 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			RAPPORT AVEC LE PARTICIPANT :	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
SI PLUS DE 21 ANS, INDIQUEZ : <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> DÉFICIENCE FONCTIONNELLE			RAPPORT AVEC LE PARTICIPANT :	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
SI PLUS DE 21 ANS, INDIQUEZ : <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> DÉFICIENCE FONCTIONNELLE			RAPPORT AVEC LE PARTICIPANT :	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
SI PLUS DE 21 ANS, INDIQUEZ : <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> DÉFICIENCE FONCTIONNELLE			RAPPORT AVEC LE PARTICIPANT :	

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

COORDINATION DES GARANTIES

La coordination des garanties 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 garanties 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"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	TYPE DE PROTECTION <input type="checkbox"/> Santé seulement <input type="checkbox"/> Dentaire seulement <input type="checkbox"/> Santé et dentaire
NOM DE L'ASSUREUR	NUMÉRO DE LA POLICE		

- Il est entendu que je dois être membre d'ERO/RTO pour souscrire les protections du Régime collectif d'avantages sociaux d'ERO/RTO.
- Par la présente, je souscris une ou des protections en vertu du Régime collectif d'avantages sociaux 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 de ces contrats de garanties.
- Il est entendu que le livret sur le Régime collectif d'avantages sociaux 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 du Régime collectif d'avantages sociaux 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 que 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 CONJOINT(E)/PARTENAIRE

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.rto-ero.org • info@rto-ero.org

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

Rev. 01/11