

Proposition - Régime d'assurance maladie pour personne retraitée des MRA



Envoyer au RAEO, à l'adresse suivante :

125, promenade Northfield Ouest, CP 218, Waterloo ON N2J 3Z9
Tél. : 1.800.267.6847 Téléc. : 1.888.646.3842

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

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

Je préfère recevoir toute correspondance en :

Français Anglais

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Proposant - Nom	Prénoms
Adresse		App.
Ville	Province	Code postal
Téléphone (domicile) ()	Téléphone (autre) ()	Courriel

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		

Pour recevoir chaque année un reçu indiquant les primes payées pour votre assurance maladie et dentaire du régime des MRA, 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.

Votre affiliation avant la retraite :

Genre d'employé	Affiliation
Personnel enseignant - sec. <input type="checkbox"/>	FEESO <input type="checkbox"/>
Personnel enseignant - élém. <input type="checkbox"/>	AEFO <input type="checkbox"/>
Personnel de bureau <input type="checkbox"/>	FEEO <input type="checkbox"/>
Personnel administratif <input type="checkbox"/>	OECTA <input type="checkbox"/>
Personne de métier <input type="checkbox"/>	Université/ collège <input type="checkbox"/>
Direction/ direction adjointe <input type="checkbox"/>	ADFO <input type="checkbox"/>
	CPCO <input type="checkbox"/>
	OPC <input type="checkbox"/>

Autre _____

PARTIE B - ADMISSIBILITÉ

Je souhaite souscrire l'assurance en vertu du régime des MRA à compter du : | J 01 | M | A

Il y a moins de 60 jours :

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

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

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.

Numéro de police/régime : _____ Numéro d'identification/de certificat : _____

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Régime Prestige Élite des MRA

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) _____ \$

Régime standard des MRA

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 2 500 \$ pour médicaments sur ordonnance

Assurance dentaire

Personne seule Couple Famille _____ \$

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

Régime Prestige des MRA

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) _____ \$

Régime économique des MRA

Personne seule Couple Famille

Assurance maladie complémentaire _____ \$
(avec assurance médicaments sur ordonnance passé 65 ans, assurance voyage et indemnité de frais d'hospitalisation de 100 \$ par jour)

Max. de 750 \$ pour médicaments sur ordonnance

Assurance dentaire

Personne seule Couple Famille _____ \$

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

Assurance dentaire uniquement

Personne seule Couple Famille _____ \$

Je demande l'adhésion à l'assurance (« 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. Je reconnais aussi qu'en devenant membre d'un régime d'assurance maladie des MRA, je deviens également membre de l'Organisation des MRA (créée par la FEESO).

J'autorise par la présente la Fédération des enseignantes et des enseignants des écoles secondaires de l'Ontario (FEESO) à communiquer mes renseignements personnels à l'Organisation des MRA en vue de m'offrir les services destinés aux membres et de communiquer avec moi à propos de la FEESO et de questions reliées à la retraite.

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 d'un régime d'assurance maladie des MRA administré par le 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 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 _____ X _____ Date _____