OTIP RAEO®

RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES ET
DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO
125, promenade Northfield Ouest
CP 218
Waterloo ON N2J 3Z9
519.888.9683 I 1.800.267.6847

Demande d'assurance collective

Renseignements personnels de base (obligatoires)

Nom (Nom de famille, prénoms)

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Adresse (numéro, rue et app.)

Ville | Province | Code postal

Numéro de téléphone à domicile ( ) | Numéro de téléphone au travail ( )

Courriel

Matricule | Numéro de police

Conseil scolaire/district

Indiquer votre affiliation :
☐ AEFO ☐ Administration
☐ FEEO ☐ Personnel de bureau
☐ FEESO Enseignant ☐ Personnel de soutien
☐ OECTA Élémentaire ☐ Personnel retraité
☐ OECTA Secondaire ☐ Autre _____

Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* | Date d'emploi *(jj/mm/aaaa)*

Date d'admissibilité à l'assurance *(jj/mm/aaaa)* | Date d'effet *(jj/mm/aaaa)*

Salaire annuel brut (Allocations comprises, heures supplémentaires exclues) ,00 $

A Assurance invalidité de longue durée

☐ Oui, je souhaite obtenir cette assurance.

B Assurance vie des personnes à charge

☐ Oui, je souhaite obtenir cette assurance.

C Assurance vie de base (Voir les détails pour votre groupe)

Montant de base ,00 $ Montant de base - MMA ,00 $

Assurance vie facultative/pour conjoint

Si vous désirez demander l'assurance vie facultative/ pour conjoint, veuillez obtenir les formulaires nécessaires du gestionnaire de régime.

D Désignation de bénéficiaire (Joindre un second formulaire si l'espace est insuffisant.)

	Nom de famille du bénéficiaire	Prénoms	Lien	Pourcentage
1.				
2.				

En vertu des lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins que vous ne stipuliez que celle-ci est révocable.

☐ Je stipule que la désignation de bénéficiaire faite sur le présent formulaire est révocable.

Remarque : Si vous désignez un enfant mineur comme bénéficiaire de l'assurance, le produit en sera consigné au tribunal à moins que vous ne désigniez un fiduciaire qui le recevra en fiducie au nom de l'enfant.

Désignation d'un fiduciaire (on recommande de consulter un conseiller juridique avant de nommer un fiduciaire) :

Je désigne _____ (mon conjoint, mon frère, ma soeur, etc.), _____ (Nom), comme fiduciaire pour toucher le produit de l'assurance au nom de mon bénéficiaire mineur.

Bénéficiaire en sous-ordre (bénéficiaire subsidiaire advenant que le bénéficiaire désigné meure avant vous).

Nom de famille | Prénoms | Lien

E Assurance maladie complémentaire

☐ Oui, je souhaite obtenir cette assurance.
☐ Personne seule ☐ Famille
☐ Non, je suis assuré(e) par le régime de mon conjoint.
☐ Non, je renonce à mon droit à l'assurance.

Assurance dentaire

☐ Oui, je souhaite obtenir cette assurance.
☐ Personne seule ☐ Famille
☐ Non, je suis assuré(e) par le régime de mon conjoint.
☐ Non, je renonce à mon droit à l'assurance.

Date de naissance *(jj/mm/aaaa)*	Personnes à inscrire Prénom et nom	Sexe H – Homme F – Femme
	Employé(e)	
	Conjoint(e)	
	Enfant	
	Enfant	

Est-ce que votre conjoint ou conjointe bénéficie d'une assurance maladie ou de soins dentaires? ☐ Oui ☐ Non Numéro de la police : _____

Nom de l'assureur du conjoint ou de la conjointe _____ Numéro d'identification du conjoint/ou de la conjointe _____

Veuillez cocher les avantages prévus par le régime de votre conjoint ou conjointe.

☐ Chambre à deux lits ☐ Médicaments sur ordonnance ☐ Soins de la vue ☐ Soins dentaires ☐ Assurance maladie complémentaire

F Renonciation à l'assurance (Le membre doit remplir et signer cette partie si il ou elle renonce à l'assurance.)

On peut renoncer uniquement aux assurances qui ne constituent pas une condition d'emploi.

On m'a donné l'occasion de participer au régime d'assurance, mais je ne souhaite pas y participer. Je suis conscient(e) que si je souhaite obtenir l'assurance plus tard je devrai fournir, à mes propres frais, des preuves d'assurabilité pour moi-même et pour mes personnes à charges admissibles, le cas échéant.

Je renonce aux assurances suivantes : ☐ ILD ☐ Vie des personnes à charge ☐ Assurance vie de base ☐ Assurance MMA ☐ Maladie complémentaire ☐ Soins dentaires

Signature du participant X _____ **Date** *(jj/mm/aaaa)* _____

Je demande par la présente l'assurance indiquée ci-dessus et je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je consens à 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.

Je confirme que la désignation de bénéficiaire est véridique et telle que je l'ai effectuée. Je désigne le bénéficiaire ci-dessus pour recevoir tout montant payable à mon décès tant que je suis assuré(e) par cette police collective.

Je sais que j'ai 31 jours après la date de mon admissibilité aux avantages du régime pour remplir cette demande et la soumettre, sinon ma demande sera assujettie aux règles du régime, à savoir que : en cas de demande tardive, le candidat ou la candidate doit présenter des preuves d'assurabilité à ses propres frais (les joindre à la demande s'il y a lieu), la demande d'un nouveau membre du personnel n'est pas considérée comme tardive si la personne la soumet dans un délai de 31 jours après être devenue admissible.

J'autorise le conseil scolaire à déduire les montants appropriés de mon salaire et j'accepte qu'on utilise mon numéro d'employé(e) pour l'administration des garanties que je demande dans la présente. En outre, j'autorise le RAEO, en tant qu'administrateur du régime, à traiter à ma place avec l'émetteur de la police actuellement en vigueur ou des polices qui pourraient la remplacer à l'avenir, en ce qui concerne ma demande d'adhésion à l'assurance collective, les modifications de l'assurance, la communication des renseignements sur la personne assurée, ainsi que toute autre démarche administrative. Je sais que cette autorisation prendra fin aussitôt qu'un changement de ma relation professionnelle avec le groupe ou le conseil scolaire affectera mon admissibilité aux avantages du régime ou que le contrat d'assurance entre le groupe ou le conseil scolaire et le RAEO, qui est l'administrateur du régime, sera résilié.

Signature du participant X _____ **Date** *(jj/mm/aaaa)* _____