



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

CONGÉ À TEMPS PLEIN TOUTES LES GARANTIES

Au membre,

Votre régime permet le maintien de votre couverture pendant un congé autorisé. **Que vous choisissiez de maintenir votre assurance ou d'y mettre fin, vous devez remplir ce formulaire pour votre protection.**

Je serai en congé autorisé du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____.
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Je détiens actuellement les garanties d'assurance suivantes par l'entremise du RAE0 et, pendant mon congé autorisé, je désire :

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Vie de base | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier | Vie pour personnes à charge | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier |
| MMA | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier | Maladie complémentaire | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier |
| Vie facultative | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier | Soins dentaires | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier |
| Vie pour conjoint | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier | Invalidité de longue durée | <input type="checkbox"/> Conserver | <input type="checkbox"/> Résilier |

Il est entendu que si je décide de **résilier** une garantie au début de mon congé autorisé, j'aurai **31 jours** à mon retour au travail pour demander cette garantie. Aucune preuve d'assurabilité ne sera alors exigée, mais la clause portant sur un état de santé préexistant s'appliquera là où il convient.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Mes coordonnées durant mon congé

NOM		Nom de famille		Prénom(s)	
ADRESSE			CODE POSTAL		
VILLE			PROVINCE		
TÉLÉPHONE	DOMICILE		-	AUTRE	
SALAIRE	_____ ,00 \$				
MATRICULE	_____		GENRE D'EMPLOYÉ(E) (Ne cocher qu'une case)		
CONSEIL		Indiquer votre affiliation : OECTA Élem. <input type="checkbox"/> Personnel administratif <input type="checkbox"/> FEEO Sec. <input type="checkbox"/> Personnel de bureau <input type="checkbox"/> FEESO Enseignant <input type="checkbox"/> Personnel de soutien <input type="checkbox"/> AEFO <input type="checkbox"/> Autre _____			

Signature X _____ Date _____