OTIP RAEO

RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES ET DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO
125, promenade Northfield Ouest, C. P. 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) _____ (Prénom(s))

SEXE F ☐ H ☐

ADRESSE _____

VILLE _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____ – _____

MATRICULE _____

CONSEIL _____

POLICE N° _____

SALAIRE ANNUEL BRUT
(ALLOCATIONS COMPRISES, HEURES SUPPLÉMENTAIRES EXCLUES) _____ ,00 $

COURRIEL _____

GENRE D'EMPLOYÉ(E) (Ne cocher qu'une case)

AFFILIATION :

OECTA	Élém. ☐	Personnel administratif	☐
	Sec. ☐	Personnel de bureau	☐
FEEO	☐	Personnel de soutien	☐
FEESO Enseignant	☐	Autre	_____

DATE DE NAISSANCE _____ JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE

DATE D'EMBAUCHE AUPRÈS DU CONSEIL _____ JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE _____ JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE

DATE D'EFFET _____ JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE

A ASSURANCE REVENU D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

OUI, JE SOUHAITE OBTENIR CETTE ASSURANCE. ☐

B ASSURANCE VIE POUR PERSONNES À CHARGE

OUI ☐

C ASSURANCE VIE DE BASE (Voir 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 du régime.

D DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (Joindre un second formulaire si l'espace est insuffisant.)

	NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN AVEC LA PERSONNE	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, vous devez nommer un fiduciaire pour toucher le produit de l'assurance en son nom, sinon le produit de l'assurance sera versé au tribunal. Désignation d'un fiduciaire (on recommande de consulter un conseiller juridique avant de nommer un fiduciaire) :

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

Témoin _____ Signature du membre _____ Date (jj/mm/aa) _____

Je désigne le bénéficiaire ci-dessus pour recevoir tout montant payable à mon décès tant que je suis assuré(e) par cette police collective.

Veuillez également apposer la date et votre signature au bas de ce formulaire.

BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE (bénéficiaire subsidiaire advenant que le bénéficiaire désigné meure avant vous)

PRÉNOM _____ INITIALE _____ NOM DE FAMILLE _____ LIEN AVEC LA PERSONNE _____

E ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OUI, JE VEUX L'ASSURANCE. ☐

PERSONNE SEULE ☐ FAMILLE ☐

NON, JE SUIS ASSURÉ(E) EN VERTU DU RÉGIME DE MON CONJOINT. ☐

ASSURANCE DENTAIRE

OUI, JE VEUX L'ASSURANCE. ☐

PERSONNE SEULE ☐ FAMILLE ☐

NON, JE SUIS ASSURÉ(E) EN VERTU DU RÉGIME DE MON CONJOINT. ☐

PERSONNES À INSCRIRE	DATE DE NAISSANCE J	M	A	PRÉNOM	INITIALE	SEXE H – HOMME F – FEMME
EMPLOYÉ(E)						
CONJOINT(E)						
ENFANTS						

Est-ce que votre conjoint ou conjointe bénéficie d'une assurance maladie ou de soins dentaires? Oui ☐ Non ☐ Police n° _____

Nom de l'assureur du conjoint ou de la conjointe _____ Numéro d'identification du conjoint(e) _____

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 s'il 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 ☐ MALADIE COMPLÉMENTAIRE ☐ DENTAIRE
☐ VIE DE BASE ☐ MMA ☐ Vie pour personnes à charge

Signature du membre _____ Date (J/M/A) _____

Je demande par la présente les garanties décrites ci-dessus 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.

Je sais que j'ai 31 jours après la date de mon admissibilité aux avantages du régime pour remplir cette proposition et la soumettre, sinon ma proposition sera assujettie aux règles du régime, à savoir que : en cas de proposition tardive, le candidat ou la candidate doit présenter des preuves d'assurabilité à ses propres frais (les joindre à la proposition s'il y a lieu), la proposition 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 reconnais 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.

Date _____ (Date (jj/mm/aa)) Signature _____

Nom (en lettres moulées) _____