



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

# Étudiant ou étudiante à charge

## Renseignements personnels de base (À remplir par le participant)

Nom (Nom de famille, prénoms)			Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (numéro, rue et app.)			Indiquer votre affiliation :	
Ville	Province	Code postal	<input type="checkbox"/> FEEO	<input type="checkbox"/> Administration
			<input type="checkbox"/> OECTA Élémentaire	<input type="checkbox"/> Personnel de bureau
			<input type="checkbox"/> OECTA Secondaire	<input type="checkbox"/> Personnel retraité
			<input type="checkbox"/> FEESO	<input type="checkbox"/> Personnel de soutien
			<input type="checkbox"/> Autre _____	
Numéro de téléphone à domicile ( )		Numéro de téléphone au travail ( )		
Courriel			Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Conseil scolaire			Numéro du régime	
			Numéro d'identification	

Remplir ce formulaire **UNIQUEMENT** si la personne à charge a **plus de 21 ans** et répond à toutes les parties de la définition d'une étudiante ou d'un étudiant à charge au-dessus de l'âge limite normal énoncée dans le contrat d'assurance.

Selon le contrat d'assurance, une étudiante ou un étudiant à charge au-dessus de l'âge limite normal est quelqu'un :

- qui est votre enfant naturel, adoptif ou en famille d'accueil ou un enfant naturel, adoptif ou en famille d'accueil de votre conjoint,
- qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement accrédité,
- qui est célibataire,
- qui n'occupe pas d'emploi à temps plein, et
- qui dépend financièrement de vous ou de votre conjoint.

On doit remplir le présent formulaire **CHAQUE** année scolaire pour **CHAQUE** étudiant ou étudiante à charge au-dessus de l'âge de 21 ans.

Envoyer le formulaire dûment rempli aux services d'assurance du RAEO.

Les enfants dont le nom paraît ci-dessous sont inscrits pour l'année scolaire commençant le (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ et se terminant le (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_.

Nom de famille	Prénom	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement d'enseignement

## Convention, attestation et autorisation

Je certifie que les renseignements fournis à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge sont exacts et complets. Je consens à ce que l'on recueille et utilise les renseignements personnels ci-dessus pour l'administration des garanties.

Signature du membre X \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_