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 | 1 800 267-6847

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE
FORMULAIRE POUR CONGÉ AUTORISÉ
TEMPS PARTIEL

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(en lettres moulées)

NOM _____ _____
NOM DE FAMILLE PRÉMOM(S)

ADRESSE _____ CODE POSTAL _____

VILLE _____ PROVINCE _____

TÉLÉPHONE DOMICILE _____ – _____ TRAVAIL _____ – _____

SALAIRE _____

CONSEIL SCOLAIRE _____

MATRICULE _____

AFFILIATION

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

Je serai en congé autorisé du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ .
JJ MM AA JJ MM AA

Je détiens actuellement une assurance ILD par l'entremise du RAEO et, pendant mon congé autorisé, je désire :

☐ **CONSERVER EN VIGUEUR** l'assurance ILD en fonction du salaire à temps partiel que je toucherai durant mon congé autorisé. Je reconnais que si je devenais invalide, mes prestations seraient calculées en fonction de ce salaire.

☐ **CONSERVER EN VIGUEUR** l'assurance ILD en fonction du salaire à temps plein que je touchais immédiatement avant le début de mon congé autorisé. Je reconnais que si je devenais invalide, mes prestations seraient calculées en fonction de mon salaire réduit jusqu'à la fin de la période prévue pour mon congé autorisé. Par la suite, mes prestations seraient calculées en fonction de mon salaire à temps plein jusqu'à la fin de ma demande de prestations.

Signature X _____ **Date** _____