

PROPOSITION DU RÉGIME DES MRA

Poster à l'adresse suivante : 125, promenade Northfield Ouest, CP 218, Waterloo (Ontario) N2J 3Z9 | Télécopieur : 1-888-646-3842

Le régime est administré par le RAEO et l'assurance est souscrite par la Financière Manuvie. **Prière d'écrire en lettres moulées et d'utiliser un stylo à bille.**

Partie A | Renseignements généraux

Date de naissance jj mm aa	Proposant - Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom
Adresse		App.	Sexe
Ville	Province	Code postal 	
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)	Adresse électronique	
Je préfère recevoir toute correspondance en : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			

Prénoms (Indiquer le nom de famille s'il diffère de celui du proposant)	Date de naissance jj mm aa	Sexe	Remplir cette partie si vous avez un étudiant à charge admissible âgé de plus de 21 ans.		
Conjoint/conjointe/partenaire	jj mm aa		Début de l'année scolaire	Fin de l'année scolaire	Nom de l'établissement d'enseignement
Enfant à charge	jj mm aa				
Enfant à charge	jj mm aa				
Enfant à charge	jj mm aa				
Coordination des prestations Est-ce que vous-même, votre conjoint ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de l'autre assureur	Police/groupe n°	Numéro de certificat/matricule	

Partie B | Admissibilité

Je souhaite souscrire l'assurance en vertu du régime des MRA à compter du : 01 mm aa		
Il y a moins de 60 jours : Si vous choisissez l'une des trois options ci-dessous, veuillez remplir les données sur la police dans l'encadré jaune ci-dessous.		
<input type="checkbox"/> J'étais assuré à titre de membre actif en vertu d'un régime collectif d'assurance maladie.	Date d'expiration du contrat	jj mm aa
<input type="checkbox"/> J'étais assuré à titre de membre retraité aux termes d'un régime collectif d'assurance maladie.	Date d'expiration du contrat	jj mm aa
<input type="checkbox"/> Mon régime actuel ne prend pas fin, je compte coordonner les indemnités.	Veuillez appeler le RAEO ou vous rendre au pour télécharger le formulaire de proposition et le formulaire Demande d'assurance et preuve d'assurabilité (RAER/Régime des MRA).	
Police/groupe n°	Certificat/matricule n°	
Nom de la compagnie d'assurance		
<input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'assurance maladie collective ces 60 derniers jours.	Veuillez appeler le RAEO ou vous rendre au raeo.com/formulaires pour télécharger le formulaire de proposition et le formulaire Demande d'assurance et preuve d'assurabilité (RAER/Régime des MRA).	

Partie C Choix de la couverture	(Choisir l'une des options ci-dessous et fournir les renseignements demandés.)	Prime mensuelle
Régime standard 4000	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	Maximum de 4 000 \$ pour médicaments sur ordonnance.	\$
Assurance dentaire (facultative)	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
Régime Prestige 2500	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	Maximum de 2 500 \$ pour médicaments sur ordonnance.	\$
Assurance dentaire (facultative)	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
Régime Prestige 750	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	
Assurance maladie complémentaire	Maximum de 750 \$ pour médicaments sur ordonnance.	\$
Assurance dentaire (facultative)	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	\$
Prime totale (somme de toutes les options)		\$
Assurance dentaire uniquement	<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille	\$

Partie D | Autorisation et choix de la modalité de paiement (Choisir **UNE** modalité de paiement et signer à l'endroit approprié.)

Je demande l'adhésion à l'assurance (l'« assurance ») et je certifie par la présente que les renseignements fournis sont exacts et complets. J'autorise le RAEO et son assureur à recueillir les renseignements personnels pertinents pour ma demande, y compris les renseignements sur ma santé, (les « renseignements »), à les utiliser, les mettre à jour et les communiquer dans le but de déterminer mon admissibilité au régime, d'administrer le régime, de me fournir les services courants, de nous protéger les uns et les autres contre les erreurs et les fraudes et, enfin, de respecter diverses exigences juridiques (les « fins poursuivies »). J'ai l'autorisation de consentir à la collecte, l'utilisation, la mise à jour et la divulgation de renseignements au sujet de mes personnes à charge (mon conjoint, ma conjointe, mes enfants à charge), s'il y a lieu, pour les fins poursuivies. J'accepte que les renseignements fournis dans cette proposition soient communiqués à l'assureur et que l'assurance ne prenne effet qu'une fois que l'assureur l'aura approuvée. Je reconnais que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis à l'appui de cette proposition, l'assurance peut m'être refusée ou prendre fin en tout temps. La présente autorisation reste valide jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

Modalité A – Retenues automatiques sur la pension pour les personnes qui touchent une pension du conseil du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario

Je demande par la présente l'assurance au titre du Régime d'assurance des enseignantes et des enseignants retraités du RAEO et j'ordonne au conseil du Régime de retraite des enseignantes et des enseignants de l'Ontario de retenir les primes sur ma pension et de les verser conformément aux dispositions contractuelles. Je reconnais que le montant de la prime peut changer en raison de changements que je choisis de faire ou lors du renouvellement de mon assurance. Le RAEO rajustera alors automatiquement le montant de la retenue faite sur ma pension en fonction de la nouvelle prime et je renonce à mon droit de recevoir toute autre forme d'avis concernant un changement de prime. En cas de refus d'un paiement pour une raison quelconque, on m'avisera et le montant en souffrance sera prélevé automatiquement sur mon compte le mois suivant. Le RAEO peut mettre fin à l'assurance si un prélèvement est refusé pour une raison quelconque et l'institution financière ne saurait être tenue responsable dans une telle éventualité. Je reconnais que le montant de la prime peut changer en raison de changements que je choisis de faire ou lors du renouvellement de mon assurance. Le RAEO rajustera alors automatiquement le montant du prélèvement fait sur mon compte en fonction de la nouvelle prime et je renonce à mon droit de recevoir toute autre forme d'avis concernant un changement de prime. La présente autorisation reste valide jusqu'à ce que je l'annule par écrit en donnant un préavis d'au moins dix jours ouvrables avant la date du prélèvement automatique suivant. Je reconnais que l'annulation de cette autorisation ne me libère pas de mes obligations relativement au paiement de toute somme due au RAEO. Le paiement de toute somme due doit alors être effectué par un moyen acceptable au RAEO.

NAS _____ Signature X _____ Date _____

OU

Modalité B – Prélèvements mensuels automatiques sur le compte

Je soussigné(e) (le « payeur »), autorise par la présente le RAEO à prélever sur mon compte le ou vers le premier de chaque mois le montant nécessaire au paiement des primes mensuelles, des primes révisées et de toute autre somme exigible. Si mon institution financière refuse un prélèvement pour une raison quelconque, par exemple une insuffisance de fonds, le RAEO pourrait ajouter au solde payable des frais d'administration pour chaque prélèvement refusé. En cas de refus d'un paiement pour une raison quelconque, on m'avisera et le montant en souffrance sera prélevé automatiquement sur mon compte le mois suivant. Le RAEO peut mettre fin à l'assurance si un prélèvement est refusé pour une raison quelconque et l'institution financière ne saurait être tenue responsable dans une telle éventualité. Je reconnais que le montant de la prime peut changer en raison de changements que je choisis de faire ou lors du renouvellement de mon assurance. Le RAEO rajustera alors automatiquement le montant du prélèvement fait sur mon compte en fonction de la nouvelle prime et je renonce à mon droit de recevoir toute autre forme d'avis concernant un changement de prime. La présente autorisation reste valide jusqu'à ce que je l'annule par écrit en donnant un préavis d'au moins dix jours ouvrables avant la date du prélèvement automatique suivant. Je reconnais que l'annulation de cette autorisation ne me libère pas de mes obligations relativement au paiement de toute somme due au RAEO. Le paiement de toute somme due doit alors être effectué par un moyen acceptable au RAEO.

Si un prélèvement n'est pas conforme à cette entente, j'ai certaines voies de recours. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente de prélèvements automatiques. Pour en savoir plus à propos de mes voies de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre sur www.cdnipay.ca. Je garantis au RAEO de façon continue que toutes les personnes autorisées à signer à l'égard de ce compte ont consenti à cette entente de PAC, qu'elles acceptent tous les termes de l'entente et que les renseignements donnés à l'égard de cette entente de PAC sont exacts et complets. Je m'engage à aviser le RAEO de tout changement à mes données bancaires, notamment de tout changement de nom, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prélèvement automatique suivant.

Genre de compte : Épargne Chèques **Un chèque marqué « nul » DOIT accompagner cette proposition.**

S'agit-il d'un compte conjoint n'exigeant qu'une seule signature? Oui Non **Si deux signatures sont exigées, les deux personnes doivent signer ce formulaire.**

Signature X _____ X _____ Date _____