

Proposition d'assurance pour la **protection** **supplémentaire d'assurance voyage**

(Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du Canada)

**Vous DEVEZ
 remplir et
 signer au
 verso du
 formulaire.**

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (en caractères d'imprimerie)

Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		J'AI SOUSCRIT LE RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES D'ERO/RTO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de famille			
Prénom		Autre prénom	
Adresse – rue/case postale/ R.R.			App.
Ville		Province	Code postal
Téléphone à domicile		Cellulaire	
Courriel		Date de naissance JJ MM AAAA	
Numéro de certificat		Numéro de carte d'assurance santé provinciale	

CONJOINT(E)/PARTENAIRE

Nom de famille	Prénom
Date de naissance JJ MM AAAA	Numéro de carte d'assurance santé provinciale

PERSONNES À CHARGE

Nom de famille	Prénom
Date de naissance JJ MM AAAA	Numéro de carte d'assurance santé provinciale

RENSEIGNEMENTS SUR LE VOYAGE – DOIT ÊTRE REMPLI POUR QUE L'ASSURANCE ENTRE EN VIGUEUR.

Date de départ de votre province de résidence JJ MM AAAA		
Date de retour dans votre province de résidence JJ MM AAAA		N ^{bre} total de jours
Destination – Pays	État	Ville

GARANTIES D'ASSURANCE COLLECTIVE

Les régimes Frais médicaux complémentaires, Soins dentaires et Frais hospitaliers en chambre semi-privée et soins de convalescence sont souscrits auprès de Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe de compagnies Financière Sun Life, dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant les numéros 141000, 141001, 141002, 141003.

Les garanties d'assurance Annulation et Interruption/retard de voyage sont souscrites auprès de la Compagnie d'Assurance Générale CUMIS et sont administrées par Allianz Global Assistance dans le cadre d'un contrat d'assurance collective portant le numéro FC310039. Allianz Global Assistance est une dénomination commerciale de Services AZGA Canada Inc. et de l'Agence d'assurances AZGA Canada Ltée. Chaque assureur n'est responsable, légalement et financièrement, que pour le paiement des prestations offertes dans le cadre du ou des contrats d'assurance qu'il a émis.

Pour le paragraphe Déclaration de confidentialité sur la page suivante, le mot « assureurs » désigne Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et la Compagnie d'Assurance Générale CUMIS.

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER AU VERSO DU FORMULAIRE. TABLEAU DES PRIMES CI-JOINT.

PROTECTION REQUISE

- Si vous (le (la) participant(e)) êtes moins âgé(e) que votre conjoint(e), souscrivez la protection Couple. La prime applicable sera établie selon votre âge.
- Si vous (le (la) participant(e)) êtes plus âgé(e) que votre conjoint(e), souscrivez la protection Individuelle pour chacun de vous. La prime applicable pour chacun sera établie selon votre âge respectif.

DURÉE DU VOYAGE (JOURS)				
PROTECTION DU RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES	PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE	DURÉE TOTALE DU VOYAGE	VEUILLEZ ✓	
<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	93	5	98	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COUPLE	93	14	107	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FAMILLE	93	29	122	<input type="checkbox"/>
b) Mon (ma) conjoint(e) désire souscrire la protection	93	44	137	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	93	59	152	<input type="checkbox"/>
	93	74	167	<input type="checkbox"/>
	93	89	182	<input type="checkbox"/>
	93	104*	197*	<input type="checkbox"/>
	93	119*	212*	<input type="checkbox"/>

Veillez sélectionner la durée de voyage requise selon les options précisées à la droite.

* En raison d'exigences provinciales relatives à la résidence, cette option n'est disponible qu'aux résident(e)s de l'Ontario, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour toutes les autres provinces, la durée maximale est de 182 jours.

CONVENTIONS ET AUTORISATIONS – VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS.

- Il est entendu qu'afin de souscrire le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage, je dois être un membre en règle d'ERO/RTO, un(e) participant(e) au régime Frais médicaux complémentaires d'ERO/RTO, et mon/nos régime(s) provinciaux d'assurance maladie doivent être en vigueur pour la durée complète de mon/notre voyage.
- Par la présente, je souscris les garanties du régime Protection supplémentaire d'assurance voyage, et à titre de ma contribution envers le coût de ce contrat d'assurance, je consens au prélèvement et à la remise des primes soit à partir de mon compte bancaire (lorsque qu'il y a lieu) ou ma pension du Régime de retraite des enseignantes et enseignants de l'Ontario (RREO). Je consens à ce que la ou les primes soient acquittées par prélèvements mensuels égaux sur mon compte bancaire ou ma pension, jusqu'à la date du dernier prélèvement de primes pendant l'année d'assurance, soit en juillet. Je comprends également qu'à moins d'avis contraire fourni à Johnson Inc., la protection choisie demeurera en vigueur pour chaque année d'assurance ultérieure. Johnson m'avisera de mon renouvellement avant le début de chaque année d'assurance ultérieure, soit le 1^{er} septembre.
- Je comprends que la protection entrera en vigueur à la date stipulée sur la proposition d'assurance que j'ai remplie, pourvu que celle-ci parvienne à Johnson Inc. avant l'expiration de la protection de base (soit le 93^e jour) prévue par la garantie Assurance voyage hors province/Canada offerte en vertu du régime Frais médicaux complémentaires d'ERO/RTO.
- Je consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation de tout renseignement nécessaire à la gestion du régime et ce, selon la Déclaration relative à la protection de la vie privée qui figure dans mon livret des régimes d'assurance d'ERO/RTO.
- J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à des fins de rapport fiscal et d'identification.

Signature du membre

Date |

JJ

MM

AAAA

Signature du/de la conjoint(e)

Date |

JJ

MM

AAAA

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

Je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements sur mon (ma) conjoint(e) et mes personnes à charge à des fins de détermination d'admissibilité aux protections et de souscription aux régimes d'assurance collective d'ERO/RTO, y compris les services d'orientation connexes. J'autorise Johnson Inc. (administrateur et payeur des demandes de règlement), les assureurs, Best Doctors, le fournisseur de services d'Eldercare Select (First Health Care), le fournisseur d'assistance voyage (Allianz Global Assistance), y compris leurs mandataires et fournisseurs de services respectifs, à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels pertinents me concernant, ou concernant mon (ma) conjoint(e) et mes personnes à charge, qui sont nécessaires à la souscription, le traitement des demandes de règlement et la gestion continue des régimes d'assurance collective d'ERO/RTO et des contrats d'assurance principaux d'ERO/RTO, y compris les services d'orientation connexes, les uns entre les autres et avec ERO/RTO et toute autre partie concernée.

VEUILLEZ UTILISER L'ENVELOPPE CI-JOINTE POUR RETOURNER CE FORMULAIRE À

Johnson Inc., Service des garanties d'assurance collective, 100 – 18, chemin Spadina, Toronto, ON M5R 2S7