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

Assurance voyage collective

Vous DEVEZ remplir et signer au verso du formulaire.

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (en caractères d'imprimerie) :

Numéro de certificat :	**J'AI SOUSCRIT LE RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES DE RTOERO** ☐ Oui ☐ Non	
Nom de famille :		
Prénom :	Autre prénom :	
Adresse – rue/case postale/ R.R. :		App. :
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone à domicile :	Cellulaire :	
Courriel :		

CONJOINT(E)/PARTENAIRE :

Nom de famille :	Prénom :

PERSONNES À CHARGE :

Nom de famille :	Prénom :

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

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.

a) Je désire souscrire la protection :

☐ **INDIVIDUELLE**
☐ **COUPLE**
☐ **FAMILLE**

b) Mon (ma) conjoint(e) désire souscrire la protection :

☐ **INDIVIDUELLE**

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

DURÉE DU VOYAGE (JOURS)

PROTECTION DU RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES	PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE	DURÉE TOTALE DU VOYAGE	VEUILLEZ ✓
93	5	98	☐
93	14	107	☐
93	29	122	☐
93	44	137	☐
93	59	152	☐
93	74	167	☐
93	89	182	☐
93	104*	197*	☐
93	119*	212*	☐

* 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, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour toutes les autres provinces, la durée maximale est de 182 jours.

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER AU VERSO DU FORMULAIRE.

GARANTIES D'ASSURANCE COLLECTIVE

Ce produit d'assurance est souscrit auprès de la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. Johnson Assurance est un nom commercial de Johnson Inc. (« Johnson »), un intermédiaire d'assurance agréé qui fait affaire sous le nom de Services d'assurance Johnson en Colombie-Britannique et Johnson Inc. au Manitoba. Ce produit d'assurance est administré par Johnson. Johnson et la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances sont des sociétés de propriété commune. Gestion Global Excel inc. est la compagnie désignée par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances pour fournir les services d'assistance et de règlement prévus pour l'Assurance voyage collective.

CONVENTIONS ET AUTORISATIONS – VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS

a. Il est entendu qu'afin de souscrire le régime Protection supplémentaire d'assurance voyage, je dois être un membre en règle de RTOERO, un(e) participant(e) au régime Frais médicaux complémentaires de RTOERO, et mon/nos régime(s) provinciaux d'assurance maladie doivent être en vigueur pour la durée complète de mon/notre voyage.

b. 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 1er septembre.

c. 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 93e jour) prévue par la garantie Assurance voyage collective offerte en vertu du régime Frais médicaux complémentaires de RTOERO.

d. 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 de RTOERO.

e. Des exclusions relatives aux affections médicales préexistantes peuvent s'appliquer aux affections médicales et / ou aux symptômes qui existaient avant mon voyage. Je comprends que toute mes affections médicales sera soumise aux exclusions relatives aux conditions médicales préexistantes. Je me référerai à le Régime de voyage RTOERO pour la liste complète des exclusions et restrictions.

f. Je comprends la nécessité d'appeler pour obtenir une approbation avant de consulter un médecin en cas de sinistre ou d'urgence médicale. Le numéro de téléphone sans frais se trouve sur ma carte de portefeuille et dans ma police d'assurance.

Signature du membre : Date: JJ MM AAAA

Signature du/de la conjoint(e) : Date: JJ MM AAAA

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (« nous ») peut recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements personnels (y compris les échanges de ces informations avec votre courtier, nos affiliés, nos fournisseurs de services et les organisations qui peuvent vous référer à nous ainsi que les associations professionnelles dont vous êtes membre) aux fins de fixation de primes, d'administration du contrat d'assurance, d'amélioration de l'expérience client, d'administration des arrangements d'aiguillage ainsi que pour d'autres fins légales décrites dans notre document intitulé Protection de la vie privée du client. Pour lire ce document, veuillez consulter le site www.assurancevoyagersa.com.

VEUILLEZ RETOURNER À :

Johnson Inc., Service des garanties d'assurance collective, 100 – 18, chemin Spadina, Toronto, ON M5R 2S7
healthbenefits@johnson.ca | 1-877-406-9007 (sans frais) | 1-866-554-4350 (télécopier)