

Proposition d'assurance pour le régime supplémentaire d'Assurance annulation et interruption de voyage

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

Numéro de certificat :	J'AI SOUSCRIT LE RÉGIME FRAIS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES DE RTOERO <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 :			

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

COUVERTURE

- L'assurance annulation de voyage en vertu du régime supplémentaire d'Assurance annulation et interruption de voyage entre en vigueur à la date à laquelle Johnson Inc. reçoit la présente proposition d'assurance dûment remplie et signée. Cette date sera indiquée comme étant la **date d'entrée en vigueur** dans votre lettre de confirmation d'assurance.
- Ce régime est offert pour couvrir les frais prépayés d'un voyage spécifique lorsque lesdits frais sont supérieurs à la prestation maximale de 6 000 \$ par personne assurée stipulée dans le certificat d'assurance du régime d'Assurance annulation et interruption de voyage en vertu du Régime d'assurance voyage de RTOERO faisant partie de votre régime Frais médicaux complémentaires (FMC).
- Lorsque vous souscrivez le présent régime d'assurance, le montant de la garantie en vertu de votre certificat d'assurance du régime d'Assurance annulation et interruption de voyage est augmenté à 12 000 \$ par personne assurée spécifiquement pour ce voyage.

Remarque : si vous ne souscrivez pas le présent régime supplémentaire d'Assurance annulation et interruption de voyage pour un voyage particulier, tout voyage que vous entreprendrez fera l'objet de la prestation maximale de 6 000 \$ par personne assurée, par voyage, tel qu'il est précisé dans votre Régime d'assurance voyage de RTOERO.

a) Je désire souscrire la protection :

Niveau de protection et prime par voyage*

INDIVIDUELLE 42,32 \$ **COUPLE** 84,64 \$ **FAMILLE** 93,10 \$

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

INDIVIDUELLE 42,32 \$*

* La taxe de vente au détail s'ajoute aux primes indiquées lorsque la loi l'exige.

Mon choix pour le prélèvement de la prime est :

Prélèvement mensuel bancaire ou sur ma pension, jusqu'à la dernière date de prélèvement pour l'année d'assurance, qui sera en juillet.

Prélèvement unique bancaire ou sur ma pension

VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER AU VERSO DU FORMULAIRE.

GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE

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 Régime d'assurance voyage de RTOERO.

CONVENTIONS ET AUTORISATIONS – VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS

- Il est entendu qu'afin de souscrire le régime supplémentaire d'Assurance annulation et interruption de 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.
- Par la présente, je souscris les garanties du régime supplémentaire d'Assurance annulation et interruption de 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 sur mon compte bancaire ou ma pension.
- Je comprends que la protection entrera en vigueur à la date à laquelle Johnson Inc. reçoit la présente proposition d'assurance dûment remplie et signée.
- 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 du Régime collectif d'assurance de RTOERO.
- 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 toutes mes affections médicales seront soumises aux exclusions relatives aux conditions médicales préexistantes. Je me reporterai au Régime d'assurance voyage de RTOERO pour la liste complète des exclusions et restrictions.

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.rsatravelinsurance.com/fr/politique-de-confidentialite.

VEUILLEZ RETOURNER À :

Johnson Inc., Service des garanties d'assurance collective, C.P. 4408, Succursale A, Toronto (Ontario) M5W 3V7
healthbenefits@johnson.ca | 1-877-406-9007 (sans frais) | 1-866-554-4350 (télécopieur)