
DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

1. Nom et adresse de la personne assurée _____
_____ Date de naissance de la personne assurée (AAAA/MM/JJ) _____
2. Lien de parenté du patient avec la personne assurée _____ Date de naissance du patient (AAAA/MM/JJ) _____
3. Avez-vous droit, ou un membre de votre famille a-t-il droit, à des prestations en vertu d'un autre régime collectif? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille qui est assuré _____
Nom de l'assureur _____ Date de naissance du conjoint (AAAA/MM/JJ) _____
4. Ces soins sont-ils requis par la suite d'un accident? Non Oui
Dans l'affirmative, indiquez la date et donnez des précisions de l'accident _____
5. La demande porte-t-elle sur un enfant à charge âgé de plus de 21 ans? Non Oui
L'enfant : a une incapacité physique/mentale (Une attestation médicale pourrait être exigée.)
 est un étudiant inscrit à **temps plein** à l'établissement d'enseignement suivant (fournir le nom) _____
6. S'il s'agit d'un traitement pour une prothèse, une couronne ou un pont, est-ce la première mise en bouche? Non Oui
Dans la négative, indiquez la date de la mise en bouche précédente et les raisons du remplacement _____
7. Des soins orthodontiques sont-ils requis? Non Oui
8. Veuillez préciser la date de l'accident _____ 20_____ à _____ heure.
9. Lieu de l'accident _____
10. Est-ce un accident relié au travail? Non Oui
11. Date du premier traitement (AAAA/MM/JJ) _____
12. Veuillez donner des précisions de l'accident _____

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande de règlement de frais engagés pour des soins dont j'ai bénéficié ou dont un membre admissible de ma famille a bénéficié. Si la présente demande de règlement est présentée pour le compte de mon conjoint ou d'une de mes personnes à charge, je suis autorisé à communiquer des renseignements à leur sujet aux fins de l'évaluation de la demande et du versement de prestations, le cas échéant.

J'autorise Johnston Group inc. et Co-operators Compagnie d'assurance-vie^{MD} à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée _____ Date _____

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

Faites parvenir votre demande de règlement dûment remplie à l'adresse suivante :
CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
Téléphone 1 888 558 7609 • Télécopieur 1 877 526 2515 • info@johnstongroup.ca