



## DEMANDE DE MODIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

**Veillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat**

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

Nom complet de la personne assurée \_\_\_\_\_

Veillez cocher le(s) changement(s) à effectuer et fournir TOUS les renseignements requis pour CHAQUE endroit coché.

<input type="checkbox"/> <b>Changement d'adresse</b>	Nouvelle adresse	
<input type="checkbox"/> <b>Changement de nom de la personne assurée</b>	Ancien nom	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Raison du changement	
<input type="checkbox"/> <b>Nouvel état matrimonial</b> (Si la case est cochée, voir la partie <i>Personnes à charge</i> ci-dessous.)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	<input type="checkbox"/> Union de fait (Veillez donner la date du début de la cohabitation.)	
<input type="checkbox"/> Personne à charge	<input type="checkbox"/> Changer la protection de familiale à individuelle Raison	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	<input type="checkbox"/> Changer la protection d'individuelle à familiale Raison	Date du changement (AAAA/MM/JJ)

Après une adhésion d'au moins trois ans au titre du Régime de Johnston Group à l'intention des retraités, une personne peut souscrire un régime assorti de garanties moins élevées. Veillez sélectionner les régimes ou options que vous voulez souscrire. Le changement entrera en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes : le premier jour du mois qui suit la réception de la demande ou la date du troisième anniversaire de votre adhésion au régime.

**Je souscris actuellement des garanties au titre du Régime A.**  
Je souhaite désormais passer au Régime B  ou au Régime C .

**Je souscris actuellement des garanties au titre du Régime B.**  
Je souhaite désormais passer au Régime C .

**Je souscris actuellement l'option avec médicaments.**  
Je souhaite désormais passer à l'option sans médicaments .

### Inscrire la liste de toutes les personnes à charge touchées par ce changement, incluant votre conjoint.

	Date du changement (AAAA/MM/JJ)	Prénom et nom	Lien avec la personne assurée*	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Changer <input type="checkbox"/> Annuler					

\*Si la personne à charge est handicapée, veuillez remplir le formulaire intitulé **Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite**. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite, veuillez remplir le formulaire intitulé **Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite**.

### Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je reconnais qu'aucune prestation ne sera payable avant que l'assureur approuve la présente demande. J'autorise Group Medical Services (GMS), Johnston Group inc., ses agents et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la souscription, à l'administration et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possèdent des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. 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. Il est entendu qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site [www.johnstongroup.ca](http://www.johnstongroup.ca). Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_