

## DEMANDE D'INSCRIPTION

### À l'usage exclusif de l'administration

 Admissibilité confirmée 

Date d'entrée en vigueur de la protection \_\_\_\_\_

Numéro de certificat \_\_\_\_\_

### Renseignements généraux

Nom de famille du demandeur \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Adresse de courriel \_\_\_\_\_

 Langue préférée :  Français  Anglais

Veuillez indiquer le programme actuel ou antérieur du Régime des chambres de commerce, d'Avantage Maximum, CINUP ou de Johnston Group aux termes duquel vous êtes ou étiez couvert :

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_ Date d'expiration de la protection (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

### Sélection du régime

 Je demande (ou nous demandons) de souscrire le régime *EnContinu* :  De base  Étendu  Étendu Plus

Je comprends (ou nous comprenons) que je dois (ou nous devons) conserver cette protection pendant au moins deux ans avant de pouvoir modifier les garanties; des modifications peuvent uniquement être apportées à la date anniversaire de la police.

 Les personnes couvertes au titre du régime collectif d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires susmentionné sont admissibles à la protection d'*EnContinu*. Je demande (ou nous demandons) par la présente une protection pour :

 Moi-même  Moi-même ET mon conjoint  Moi-même ET mes personnes à charge  Moi-même ET mon conjoint ET mes personnes à charge

 Lorsque la protection d'*EnContinu* est offerte à un conjoint qui a perdu la rente de conjoint survivant ou à un enfant à charge qui a atteint l'âge maximum aux termes du régime collectif, le conjoint ou l'enfant à charge est considéré comme le « demandeur ».

**Lorsqu'une protection pour personne à charge est demandée, les personnes à charge admissibles DOIVENT être ajoutées dans la demande du demandeur.**

	Prénom et nom de famille	Sexe (H/F)	Date de naissance AAAA/MM/JJ
<b>Demandeur</b>	_____	_____	_____
<b>Conjoint</b>	_____	_____	_____
<b>Enfant à charge*</b>	_____	_____	_____
<b>Enfant à charge*</b>	_____	_____	_____
<b>Enfant à charge*</b>	_____	_____	_____
<b>Enfant à charge*</b>	_____	_____	_____

\* Les **étudiants ayant dépassé l'âge limite** doivent remplir une *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*. Pour être admissibles à la protection, les **personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite** doivent remplir une *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite* avant d'atteindre l'âge limite fixé pour les personnes à charge. Il est possible d'obtenir les formulaires nécessaires à l'adresse [www.johnstongroup.ca/fr/resources/resources.html](http://www.johnstongroup.ca/fr/resources/resources.html).

## DEMANDE D'INSCRIPTION (SUITE)

Même si votre protection est garantie, vous pourriez bénéficier de taux réduits. Si vous souhaitez fournir une preuve de bonne santé afin d'être admissible aux taux réduits, veuillez remplir la section Déclaration de santé.

### Déclaration de santé (tous les champs sont obligatoires)

Veuillez cocher la case si une personne pour laquelle la demande est présentée (y compris vous-même, votre conjoint ou l'une de vos personnes à charge) a consulté un médecin, subi des examens ou des tests, reçu un diagnostic, été traitée ou hospitalisée ou reçu des recommandations pour un traitement au cours des cinq dernières années pour l'une des affections ci-dessous. (Si vous répondez dans l'affirmative (« oui ») à l'une ou l'autre des questions ci-dessous, veuillez encrer l'affection dont il est question.)

#### DEMANDEUR

Nom et adresse au complet du médecin personnel \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite \_\_\_\_\_ Motif \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

#### CONJOINT

Nom et adresse au complet du médecin personnel \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite \_\_\_\_\_ Motif \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

#### ENFANT À CHARGE

Nom et adresse au complet du médecin personnel \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite \_\_\_\_\_ Motif \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_

	DEMANDEUR	CONJOINT	ENFANT À CHARGE
1. Souffrez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, d'une déficience ou d'une malformation physique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Souffrez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, d'une maladie ou d'une blessure récurrente, que vous ayez consulté un médecin ou non?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, subi une intervention chirurgicale, ou avez-vous des raisons de croire qu'une intervention chirurgicale sera nécessaire dans l'avenir?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous, vous ou l'une de vos personnes à charge, consulté un praticien au cours des deux dernières années ou devrez-vous le faire dans un avenir prévisible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Précisions sur vos antécédents médicaux (veuillez donner des précisions pour chaque réponse affirmative donnée ci-dessus.)

Numéro de la question	Personne affectée	Affection ou diagnostic	Traitement (interventions chirurgicales ou médicaments)	Dates du traitement Du / au	Traitement en cours ou date du rétablissement	Nom, lieu ou numéro de téléphone du médecin, de l'hôpital ou de l'établissement

---

**DEMANDE D'INSCRIPTION (SUITE)****Païement de la prime**

Je joins un chèque couvrant le paiement de la prime initiale au montant de \_\_\_\_\_ \$ payable à Johnston Group inc., qui représente le montant de la prime relative à une protection d'une durée d'un mois et établie en fonction de mon âge, de ma province de résidence et des personnes à charge qui seront couvertes par le régime.

J'autorise Johnston Group inc. à débiter le compte indiqué ci-dessous le premier jour de chaque mois. **J'ai joint à la présente un deuxième chèque portant la mention « ANNULÉ »** pour que vous puissiez vérifier les renseignements bancaires nécessaires. Le prélèvement mensuel sera affecté à la prime d'assurance collective. Le montant peut être variable, et je recevrai par la poste un avis de prélèvement environ trois jours ouvrables avant le premier jour de chaque mois. Toutefois, je ne recevrai pas d'avis concernant les prélèvements des mois subséquents jusqu'à ce que le montant change.

Je comprends que la présente convention peut être révoquée en tout temps moyennant un préavis écrit de 30 jours. Je comprends que j'ai certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à la présente convention. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout prélèvement n'ayant pas été autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente convention. Je comprends que je peux obtenir d'autres renseignements sur mes droits de résiliation et de recours en communiquant avec mon institution financière ou en visitant le site Web [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)

**RENSEIGNEMENTS BANCAIRES**

Numéro du compte \_\_\_\_\_ Numéro de transit \_\_\_\_\_

Nom de la banque \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale \_\_\_\_\_

J'autorise Johnston Group inc. à effectuer des prélèvements pour le paiement des primes mensuelles.

Signataire autorisé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Le compte que vous choisissez doit comporter des privilèges de chèque.**

---

**Autorisation de dépôt direct des prestations d'assurance maladie complémentaire et dentaire**

Par la présente, j'autorise Johnston Group inc., à déposer automatiquement les paiements de prestations dans :

- Le compte chèque indiqué sur le chèque spécimen portant la mention « ANNULÉ »; ou
- Un compte chèque différent indiqué ci-dessous :

Nom de la banque \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Afin d'assurer l'exactitude de tous les renseignements nécessaires, prière de joindre un chèque spécimen portant la mention « Annulé – Dépôt direct ».

---

---

**DEMANDE D'INSCRIPTION (SUITE)****Déclaration et autorisation**

Je demande (ou nous demandons) par la présente la transformation de la protection relative à l'assurance collective. J'atteste (ou nous attestons) que les renseignements fournis dans la présente sont véridiques, exacts et complets et que j'étais (ou nous étions) couvert(s) par la garantie collective d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires indiquées ci-dessus pendant la dernière période de 60 jours. Je comprends (ou nous comprenons) que pour être admissible(s) à la protection, nous devons, moi et mes personnes à charge, être actuellement couverts par le régime d'assurance maladie provincial et le demeurer. Je conviens (ou nous convenons) que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la demande aura été approuvée.

J'autorise, par la présente, Co-operators Compagnie d'assurance-vie, Johnston Group inc., ses conseillers et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à ce régime d'assurance et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, mon conjoint ou mes enfants à charge. Je confirme que je suis autorisé à agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge à ces fins. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale et que cette autorisation restera en vigueur tant que je serai assurable au titre de ce régime d'assurance.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du conjoint (le cas échéant) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

Veillez retourner la présente demande dûment remplie ainsi que la prime du premier mois à l'adresse suivante :

**EnContinu**

**Centre de service**

**1051, rue King Edward**

**Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4**

*EnContinu* est une marque de commerce de Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est établi par cette dernière. *EnContinu* est administré par Johnston Group inc.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie et Johnston Group inc. s'engagent à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et le maintien des renseignements personnels qu'ils collectent, utilisent, retiennent et divulguent dans le cadre de leurs activités commerciales.