



## DEMANDE D'ADHÉSION

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

Admissibilité confirmée \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'effet de la protection \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

### Renseignements généraux et confirmation de la protection antérieure

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Adresse de courriel \_\_\_\_\_

Langue préférée :  Français  Anglais

L'admissibilité au présent régime est réservée aux personnes âgées d'au moins 50 ans ayant été au service de leur entreprise au cours des cinq ans qui précèdent leur départ à la retraite, et ayant été couvertes par un régime administré par Johnston Group inc. au cours des deux dernières années.

Veillez indiquer le nom du régime (actuel ou antérieur) administré par le Régime des chambres de commerce, Avantage Maximum ou Johnston Group au titre duquel vous avez souscrit une protection :

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

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

Date de la retraite \_\_\_\_\_

Veillez indiquer le nom de la personne-ressource du régime administré par le Régime des chambres de commerce, Avantage Maximum ou Johnston Group, auprès de laquelle nous pourrions vérifier votre admissibilité :

Nom \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Adresse de courriel \_\_\_\_\_

### Personnes devant souscrire la protection

Les personnes couvertes au titre du régime collectif d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires susmentionné sont admissibles à la protection à l'intention des retraités. Veuillez indiquer le nom des personnes qui souhaitent souscrire la protection :

L'assurance maladie complémentaire d'une personne à charge qui est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, autre qu'un nouveau-né, sera différée jusqu'au premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital.

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

\*Les **étudiants ayant dépassé l'âge limite** doivent remplir le formulaire intitulé *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 le formulaire intitulé *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. Veuillez communiquer avec notre bureau pour obtenir le ou les formulaires nécessaires.

## DEMANDE D'ADHÉSION

### Paiement

Vous trouverez ci-joint 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 du barème des tarifs en vigueur.

J'autorise, par la présente, Johnston Group inc., par l'entremise de la Banque Toronto-Dominion, à prélever un montant sur le compte bancaire indiqué ci-dessous le 1<sup>er</sup> jour du mois. Je recevrai par la poste un avis du prélèvement environ trois jours ouvrables avant le premier jour du mois. Je ne recevrai toutefois pas d'avis pour les mois ultérieurs si le montant ne change pas.

Je comprends que la présente entente contractuelle (entente) peut être révoquée en tout temps moyennant un préavis écrit de 30 jours. Je comprends que j'ai certains droits de recours si le montant prélevé ne correspond à celui indiqué dans l'entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout montant qui a été prélevé sans autorisation ou qui ne respecte pas les conditions de l'entente. Je comprends également que je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annulation de la présente convention ou sur mes droits de recours en communiquant avec mon institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Afin d'assurer l'exactitude de tous les renseignements nécessaires, prière de joindre un chèque spécimen portant la mention « **Nul – Paiement de la prime** ».

### 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 bancaire indiqué sur le chèque spécimen ci-joint, ou
- un compte chèque différent indiqué ci-dessous :

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

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

### Déclaration et autorisation

Je demande par la présente la protection du régime à l'intention des retraités. J'atteste que les renseignements fournis dans la présente sont exacts et complets et que j'étais couvert par la garantie collective d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires indiquées ci-dessus au cours des derniers 60 jours. Je comprends que pour être admissibles à la protection, nous devons, moi et mes personnes à charge, être actuellement couverts par le régime d'assurance maladie provincial et le demeurer. J'autorise, par la présente, Group Medical Services (GMS), 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'avantages sociaux et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, au sujet de 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 \_\_\_\_\_

Veuillez retourner la présente demande dûment remplie et la prime du premier mois à l'adresse suivante :

Régime à l'intention des retraités  
Centre de service national  
1051, rue King Edward  
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

GMS 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.