

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 de souscrire le régime *EnContinu* : De base Étendu Étendu Plus

Je comprends que je dois 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 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
Demandeur	_____	_____	_____
Conjoint	_____	_____	_____
Enfant à charge*	_____	_____	_____
Enfant à charge*	_____	_____	_____
Enfant à charge*	_____	_____	_____
Enfant à charge*	_____	_____	_____

* 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.

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

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 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

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 par la présente la transformation de la protection relative à l'assurance collective. J'atteste que les renseignements fournis dans la présente sont véridiques, exacts et complets et que j'étais couvert par la garantie collective d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires indiquées ci-dessus pendant la dernière période de 60 jours. Je comprends 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 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 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 _____

Veillez retourner la présente demande dûment remplie à l'adresse suivante :

EnContinu
Centre de service national
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
encontin@johnstongroup.ca

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.