EnContinu[MC]

JG11-CY

DEMANDE DE MODIFICATION DU PARTICIPANT

Veuillez inscrire vos numéros de police et de certificat

Nº de police	Nº de certificat

Nom du participant _____

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

❑ **Changement d'adresse**	Nouvelle adresse	
❑ **Changement de nom du participant**	Nom du participant avant le changement	Date du changement (AAAA/MM/JJ)
	Raison du changement	
❑ **Nouvel état civil** (Si la case est cochée, voir la partie *Personnes à charge* ci-dessous.)	❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Veuf (veuve) ❑ Séparé(e) ❑ Divorcé(e)	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	❑ Union de fait (Veuillez donner la date du début de la cohabitation.)	
❑ **Ajouter des garanties**	❑ Assurance maladie ❑ Assurance dentaire (Inscrire la liste de toutes vos personnes à charge si vous ajoutez une protection familiale.) Protection antérieure en vertu du régime du conjoint? ❑ Non ❑ Oui, jusqu'à (AAAA/MM/JJ)	
❑ **Personne à charge**	❑ Changer la protection de familiale à individuelle Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)
	❑ Changer la protection de individuelle à familiale Raison	Date d'entrée en vigueur (AAAA/MM/JJ)

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 le participant*	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe
❑ **Ajouter** ❑ **Changer** ❑ **Annuler**					
❑ **Ajouter** ❑ **Changer** ❑ **Annuler**					
❑ **Ajouter** ❑ **Changer** ❑ **Annuler**					
❑ **Ajouter** ❑ **Changer** ❑ **Annuler**					

***Si la personne à charge est invalide, veuillez remplir la *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 la *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

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets.

J'autorise Johnston Group à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, 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 des sources non exhaustive 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 régime.

J'ai été avisé(e) 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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant _____ Date _____

CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

Souscrit par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Administré par Johnston Group inc.

CY_changerequest_1122_f